

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE N° 34
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 juillet 1900, à 1 heure

Par FRANCO

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES BARTHOLINITES
et en particulier de leurs formes chroniques

Président : M. BERGER professeur.

*Juges { MM. BRUN, professeur.
NÉLATON et FAURE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

534

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PARIS

ICHNE ET BOYER

MÉDECIN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

18, rue de la Harpe, 12

1894

482



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE DOCTEUR EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 juillet 1900, à 1 heure

Par FRANCO

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES BARTHOLINITES

et en particulier de leurs formes chroniques

Président : M. BERGER professeur.

*Juges { MM. BRUN, professeur.
NÉLATON et FAURE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHER.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ROUCHARD.
Pathologie médicale		DEBOVE.
		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU
		TILLAUD.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MA TANTE THÉMEIN

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
BARTHOLINITES
ET EN PARTICULIER
DE LEURS FORMES CHRONIQUES

AVANT-PROPOS

Lorsque nous avons voulu nous initier à la pathologie des maladies vénériennes, nous avons été frappé à plusieurs reprises de l'importance de certaines complications de la blennorrhagie et du peu de développement que leur accordent les traités généraux et même certains ouvrages spéciaux. Aussi nous sembla-t-il intéressant de poursuivre quelques recherches sur ces points particuliers et sur l'un d'eux plus spécialement : la bartholinite.

Sur ce sujet nous trouvâmes des renseignements assez complets dans plusieurs thèses, quant à la forme aiguë du moins ; mais la forme chronique n'y était qu'ébauchée, et cependant il nous semblait que son importance clinique

n'était pas à négliger. En consultant l'ouvrage de M. VERCHÈRE sur la blennorrhagie chez la femme, nous lûmes tout un intéressant chapitre sur le sujet qui nous préoccupait et nous eûmes recours à l'obligeance de M. VERCHÈRE pour nous procurer les documents nécessaires pour faire notre travail inaugural sur cette affection.

Nous nous sommes attaché surtout à faire ressortir l'importance de la FORME CHRONIQUE, qui en raison de son évolution sans grande réaction est trop souvent méconnue, alors que la bénignité de son pronostic n'est cependant pas habituelle. Nous avons en même temps essayé de tracer un tableau de l'affection dans ses grandes lignes et les documents mis à notre disposition par M. VERCHÈRE nous ont facilité cette tâche et nous ont permis d'étudier quelques points spéciaux de l'étiologie.

Mais avant de commencer ce travail qui clôt nos études médicales, nous tenons à exprimer à ceux qui furent et resteront nos maîtres vénérés, combien nous avons été sensible à leur extrême bienveillance.

Nous avons commencé nos études à Rennes et nous devons les plus grands remerciements et une profonde reconnaissance à ceux qui nous initièrent aux difficultés de la pathologie et qui nous enseignèrent les principes de l'anatomie et de la physiologie.

M. le Docteur BRUTÉ DE RÉNUR, dont nous fûmes l'interne, nous a toujours témoigné le plus affectueux intérêt, et il a été pour nous le guide éclairé, qui dirigea nos premiers pas dans la pratique. Nous le prions de croire à nos sentiments de respectueuse gratitude.

M. le Professeur BELLAMY, l'un de nos premiers maîtres,

n'a jamais cessé d'avoir pour notre famille une vive amitié. Nous lui offrons toute notre reconnaissance.

MM. DELACOUR, AUBRÉE, BERTHEUX, DAYOT et LE MONIET médecins et chirurgiens de l'hôpital de Rennes, ne nous ont pas ménagé des enseignements et des conseils dont nous avons pu depuis apprécier le prix.

Nous avons eu le grand avantage de faire nos études d'obstétrique sous la direction de M. PERRET, qui pendant l'année que nous passâmes dans son service, nous initia aux nombreuses difficultés de cet art.

MM. les Professeurs LHUISSIER, LEFEUVRE, PERRIN, LAUTIER ont été pour nous des maîtres bienveillants et dont les leçons ont guidé notre esprit dans l'étude des sciences anatomiques et physiologiques.

Dans le trop court séjour que nous avons fait à Paris, nous avons mis à profit les nombreux et précieux enseignements de maîtres vénérés, auxquels nous témoignons de nos sentiments respectueux et reconnaissants.

Nous avons suivi en particulier les visites de M. DESCROIZILLES aux Enfants-Malades, et nous le remercions de son aimable accueil et des leçons qu'il nous a prodiguées.

M. DANLOS, à l'hôpital Saint-Louis nous a initié aux difficultés de la dermatologie, et nous le prions de croire à nos sentiments de gratitude.

Enfin à M. VERGHÈRE nous devons de nombreux documents et nous lui témoignons notre reconnaissance, et pour la permission qu'il nous a donnée de disposer de ces matériaux, et pour les conseils autorisés qu'il n'a pas ménagés à nos recherches.

M. LEFAS interne à la Charité a bien voulu nous faire

des coupes de trajets fistuleux de bartholinite ; nous le remercions très sincèrement car nous lui devons d'avoir pu étudier l'anatomie pathologique de ce point spécial.

M. LÉCULIER, interne à Saint-Lazare nous a été d'un réel appui dans notre travail ; qu'il reçoive aussi nos remerciements et l'assurance de notre vive sympathie.

M. le Professeur BERGER nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous sentons tout le prix d'une telle faveur ; qu'il veuille bien accepter l'assurance de notre respectueuse et sincère gratitude.

CHAPITRE I

Historique.

L'étude complète de la bartholinite en tant qu'affection bien localisée et caractérisée ne date que du mémoire de HUGUIER paru en 1850 : ce fait s'explique par l'état des connaissances anatomiques antérieures à cette époque en ce qui concerne la glande vulvo-vaginale.

L'existence de cette dernière, soupçonnée par PLAZANI (de Padoue) ne fut explicitement reconnue pour la première fois que par DUVERNEY (1631) qui vit bien l'aspect glandulaire de l'organe, aspect comparé par lui au tissu de la prostate et qui constata également le canal excréteur de la glande et son abouchement au voisinage de l'orifice vulvaire.

Bien que la glande vulvo-vaginale porte parfois dans les traités d'anatomie le nom de DUVERNEY, cette dernière est plus connue sous le nom de BARTHOLIN qui en 1676 en laissa une bonne description.

Cette description fut reprise par COWPER en 1678 (glande de COWPER de certains auteurs).

A partir du travail de COWPER la glande vulvo-vaginale fut décrite encore plusieurs fois d'une façon plus ou

moins complète par MORGAGNI, VERHEYEN, WINSLOW, etc... ces anatomistes n'ayant pas connaissance des descriptions précédentes : rien de bien particulier du reste ne fut ajouté à l'anatomie de la glande de BARTHOLIN.

Enfin en 1847 parut un premier mémoire de HUGUIER qui est resté le modèle des descriptions actuelles et auquel on n'a rien ajouté de nouveau en ce qui concerne l'aspect morphologique et les rapports de la glande.

Les glandes vulvo-vaginales, nom donné par HUGUIER à la glande de BARTHOLIN, sont au nombre de deux, l'une droite et l'autre gauche, situées sur la partie latérale et postérieure du vagin à un centimètre environ au-dessus de l'orifice inférieur de ce conduit : elles reposent en partie dans l'espace angulaire que forment en s'adossant l'un à l'autre le vagin et le rectum. Très petite chez le fœtus, chez lequel HUGUIER l'avait également aperçue, la glande vulvo-vaginale offre un volume qui peut être assimilé à celui d'un pois mais de forme allongée : le conduit excréteur, unique pour chaque glande, (à de rares exceptions près dans lesquelles il a été du double (*Lang*)) est large de deux millimètres, long de quinze, s'ouvrant après un trajet oblique par un orifice arrondi situé dans le sillon séparant la petite lèvre de l'hymen ou des caroncules hyménéales, orifice peu visible qui répond le plus souvent à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs de l'orifice vaginal.

La structure de la glande a été l'objet des descriptions de LANGHERANS et de M. DE SINÉTY : c'est une glande en grappe formée de lobules très espacés les uns des autres, plongés en plein tissu conjonctif renfermant de nom-

breuses fibres musculaires lisses et quelques fibres striées dépendant du muscle constricteur du vagin : les lobules, de forme irrégulière, sans membrane propre sur les coupes histologiques, sont tapissés d'une seule rangée de cellules cylindriques s'abaissant pour revêtir le type cubique dans les canaux excréteurs élémentaires ; quant au canal excréteur principal il possède un épithélium prismatique ou pavimenteux stratifié, suivant qu'on s'éloigne plus ou moins de l'abouchement vulvo-vaginal du conduit.

L'embryologie de la glande vulvo-vaginale a été établie par ACKEREN : elle est formée par l'involution de l'épithélium revêtant le sinus uro-génital, par conséquent elle est d'origine ectodermique. La glande apparaît au troisième mois de la vie fœtale, mais son volume n'acquiert un peu d'importance qu'au moment de la puberté pour subir à l'époque de la ménopause l'involution régressive qui atteint les diverses parties de l'appareil génital.

Ce qui précède ayant pour but de tracer dans ses grandes lignes, la physionomie générale de la glande, nous en arrivons à l'historique de la bartholinite proprement dite.

BOERHAVE semble avoir constaté le premier la blennorrhée du canal vulvo-vaginal, mais c'est à HUNTER (1786) qu'il faut arriver pour voir décrite, d'une façon brève mais explicite, la première observation de bartholinite, dont l'origine blennorrhagique n'est pas douteuse.

Dans sa *Pathologie chirurgicale*, BOYER donne une place à part aux abcès vulvaires.

Des observations isolées furent fournies consécutivement par VELPEAU, VIDAL DE CASSIS, BARTHEZ, BLANDIN.

Tous ces travaux sont antérieurs à l'année 1850 : à cette époque nous trouvons l'important mémoire de HUGUIER qui fixait définitivement la physionomie de la bartholinite de même qu'en 1847 il en avait donné la description anatomique.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce travail n'eût pas une influence décisive immédiate : c'est ainsi que dix ans plus tard (1860) AUBENAS niait l'existence des lésions inflammatoires des glandes vulvo-vaginales.

En 1861 nous voyons apparaître la première thèse concernant la bartholinite, due à BRETON.

En 1864 ALPH. GUÉRIN insiste sur les répétitions fréquentes des accidents inflammatoires. L'année suivante ZEISSL montre la valeur que l'on peut tirer au point de vue du diagnostic de la recherche de la blennorrhée du canal de BARTHOLIN.

Le travail inaugural de MARESCHAL (1873) a trait également à l'abcès vulvo-vaginal.

En 1880 CHEVALLERIAS et DE AMICIS (de Naples) décrivent simultanément les fistules ayant leur point de départ dans une bartholinite.

A partir de ce moment les travaux se multiplient : citons ceux de D'ALARY (1882), de HAMMONIC (1883), et la thèse très importante de FAUVEL (1886), la revue générale de BONNET (1888).

Un signe diagnostique nouveau, la macule gonorrhéique fait l'objet du travail de SANGER (1890).

En 1894 dans un travail d'ensemble sur la blennorrhagie chez la femme M. VERCHÈRE étudie les diverses variétés de la bartholinite insistant sur son évolution, sa tenacité

desespérante, les fistules qui peuvent en être la conséquence.

Récemment (1897) DUJON donne une bonne description clinique de la bartholinite et expose les résultats bactériologiques fournis par l'examen du pus. Citons encore les thèses de HALLÉ (1898) et de FOSTIER (1899):

L'anatomie pathologique proprement dite de l'affection a fait l'objet de deux travaux: celui de TOUTON (1893) en Allemagne, celui de LEBLANC (1895) en France.

Enfin on trouvera dans les récents traités de gynécologie de M. Pozzi (1897) et de MM. LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU (1898), un chapitre réservé aux abcès de la glande de BARTHOLIN.

CHAPITRE II

Etiologie.

Tous les travaux d'ensemble concernant la bartholinite contiennent des considérations sur *l'âge* auquel elle se développe ; mais si les auteurs sont d'accord sur la rareté de l'affection chez les enfants (1) et son absence chez les femmes âgées, l'unanimité n'existe plus aussi parfaite quand il s'agit de fixer exactement l'âge de prédilection de la maladie.

HUGUIER (1850) a observé une plus grande fréquence de 18 à 27 ans.

NEUMANN a dressé deux statistiques à ce sujet et nous transcrivons ses chiffres ; en regard nous indiquons nos résultats personnels (2).

1. Elle reconnaît d'ailleurs chez eux la même cause infectieuse, le gonocoque.

2. Résultats exposés dans notre relevé personnel v. page 75.

Age	Neumann	Relevé personnel
—	—	—
15 ans.	2 cas	2 cas
16 —	1 —	13 —
17 —	21 —	12 —
18 —	29 —	23 —
19 —	25 —	25 —
20 —	30 —	12 —
21 —	20 —	8 —
22 —	15 —	12 —
23 —	16 —	3 —
24 —	9 —	3 —
25 —	8 —	1 —
26 —	5 —	1 —
27 —	5 —	1 —
28 —	5 —	1 —
29 —	1 —	0 —
30 —	0 —	0 —
31 —	1 —	0 —
32 —	1 —	0 —
33 —	1 —	0 —
34 —	1 —	0 —
35 —	0 —	0 —
36 —	2 —	0 —
37 —	0 —	0 —
38 —	2 —	0 —
39 —	0 —	0 —
40 —	0 —	0 —
41 —	0 —	0 —
42 —	0 —	0 —
43 —	1 —	0 —
44 —	1 —	0 —
45 —	0 —	0 —
46 —	0 —	0 —
47 —	1 —	0 —
48 —	0 —	0 —
49 —	1 —	1 —

On voit donc que pour NEUMANN la plus grande fréquence survient entre 17 et 23 ans avec prédominance à 18, 19 et 20 ans ; tandis que dans les cas que nous avons relevés, le maximum oscille entre 16 et 22 ans avec prédominance à 18 et 19 ans.

Sur 8 cas, FOSTIER a observé les âges suivants : 17, 18, 20, 21 et 25 ans avec prédominance à 18 ans.

D'autre part il faut remarquer que si ces chiffres concordent à peu près pour l'âge de la plus grande fréquence, il existe néanmoins une divergence au sujet de l'importance de cette fréquence : Ainsi NEUMANN obtient un pourcentage de $\frac{1}{2}$ 10, 14, 12, 15, 10, 12, 13, 0/0 aux âges successifs de 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, et 23 ans, tandis que le nôtre est de 11, 10, 19, 21, 10, 6, 10, 2, $\frac{1}{2}$, aux mêmes âges.

Ces divergences s'expliquent en partie par ce fait que la statistique de NEUMANN a porté sur 203 cas dont 76 filles publiques seulement, tandis que nous devons notre relevé statistique à l'obligeance de M. VERCHÈRE et que nos cas, observés à Saint-Lazare portent sur une majorité assez forte de prostituées sans qu'il nous soit cependant possible d'en fixer le coefficient exact.

Or la plupart des prostituées s'exposent très fréquemment à un âge peu avancé à la contagion, on s'explique facilement que chez elles, ses conséquences s'observent beaucoup plus tôt.

On peut donc admettre comme exactes dans leurs grandes lignes les conclusions de NEUMANN et dire avec lui que la plus grande fréquence dans la bartholinite s'observe entre 17 et 23 ans et que cette affection devient très

rare après 30 ans et tout à fait exceptionnelle après 50 ans.

Quant au *côté* qu'affectionne particulièrement la bartholinite, nous devons d'abord nous reporter à l'opinion des auteurs.

HUGUIER (1870) cite 21 cas à gauche, 12 à droite et conclut à la plus grande fréquence du côté gauche.

LEBLANC s'appuyant sur 6 cas à gauche et 2 à droite, porte la même conclusion.

Quatre autres observations citées par LEBLANC concernent 3 cas droits et un gauche (PELECKI, POLLACESK, RONÀ).

NEUMANN cite 208 cas dont 88 à droite, 109 à gauche, et 2 bilatéraux.

DUJON dans sa thèse rapporte 15 cas (8 droits et 7 gauches).

Cet auteur relève les statistiques suivantes :

	Cas observés	Droits	Gauches
	—	—	—
BRENSPRUNG.	17	10	7
ARNING.	8	6	2
BERGH.	10	7	3
KÆSTLE (statistique d'une clinique)	15	10	5
KÆSTLE (statistique de pra- tique personnelle) . .	44	18	15
	(dont 11 doubles)		
SALMON.	8	2	6
FOSTIER.	8	4	3
	(dont un double)		

Au total, ces diverses statistiques concernent 378 cas, dont 194 se rapportent au côté gauche, 170 au côté droit; enfin dans 14 cas il s'agit de bartholinites bilatérales.

La majorité des auteurs se rattache à cette fréquence plus grande du côté gauche et cette notion est devenue pour ainsi dire classique. Pour l'expliquer « HUGUIER invoquait la pression de l'S iliaque sur la veine iliaque gauche, MALGAIGNE disait que c'est parce que les droitiers appuient à gauche pendant le coït, SALMON admettait que l'embouchure vulvaire de la glande gauche était plus grande que celle du côté opposé » (*Dujon*). DUJON croit que l'abcès existe indifféremment à droite et à gauche.

M. VERCHÈRE avait déjà émis en 1894 cette opinion mais en insistant sur la fréquence de la bilatéralité :

« La prédominance à gauche n'est pas aussi marquée qu'ont bien voulu le dire les auteurs; dans la plupart des cas que j'ai eus sous les yeux, j'ai presque toujours trouvé que les deux glandes vulvo-vaginales étaient ou avaient été le siège d'abcès; la bilatéralité des lésions, surtout pour les bartholinites chroniques, m'a paru la règle et dans les cas où elles sont unilatérales, presque aussi souvent on la rencontrait à droite qu'à gauche » (1).

Dans la statistique que nous avons relevée et qui a trait à beaucoup de bartholinites chroniques présentant des poussées aiguës, nous avons noté 35 cas à droite, 50 à gauche et 38 cas bilatéraux.

Ces dernières ont trait surtout à des cas chroniques.

1. Verchère: T. 1 page 145.

Le pourcentage des cas compris dans les statistiques des auteurs précédents est de 51 0/0 pour les bartholinites gauches, 44 0/0 pour les droites, 30/0 pour les bilatérales. Nous avons obtenu dans notre statistique 40 0/0 pour les cas gauches, 28 0/0 pour les droits et 30 0/0 pour les bilatéraux.

Nous croyons que cette divergence énorme au sujet des cas bilatéraux tient d'une part à ce fait que les cas relevés par nous concernent surtout des évolutions chroniques, d'autre part à ce que peut-être les auteurs ne se sont pas astreints à l'examen systématique des deux glandes lorsque l'une d'elles était nettement le siège de lésions inflammatoires.

On peut donc conclure en premier lieu que le plus souvent les bartholinites chroniques, si elles sont d'abord unilatérales, ont tendance à gagner l'autre côté, et que, d'une façon générale, elles sont bilatérales ;

En second lieu la bartholinite aiguë aurait une légère prédilection pour le côté gauche, mais à cela nous ne chercherons pas d'explication, pas plus que nous n'en cherchons à la plus grande fréquence à gauche des salpingites, pas plus que nous n'essaierions de choisir parmi les nombreuses hypothèses émises au sujet de la pathogénie de la localisation à gauche du varicocèle, des vafices, etc....

Les auteurs ont cherché à rattacher la bartholinite à certaines *professions*. Pour HUGUIER elle surviendrait de préférence chez les femmes qui travaillent assises (couturières, lingères, etc..) et chez celles qui se livrent aux travaux pénibles.

KÆSTLE sur 62 malades trouve 25 filles publiques, 11 servantes, 2 cuisinières.

DUJON cite 11 malades dont 3 couturières, 2 femmes de ménage, 2 domestiques, 1 artiste lyrique, 1 teinturière, 1 blanchisseuse et 1 fleuriste.

Mais NEUMANN dans sa statistique portant sur 203 malades compte 76 filles publiques.

Dans notre relevé personnel nous avons vu que le plus souvent les bartholinites aiguës peuvent survenir chez des prostituées mais qu'elles sont relativement plus fréquentes chez des femmes exerçant comme le disait HUGUIER des professions pénibles, surtout chez celles qui sont exposées aux traumatismes répétés (machine à coudre, etc.) ; parfois les premiers coïts peuvent être incriminés ; rarement un choc, une chute sont relevés comme cause initiale.

Quant à la bartholinite chronique elle est surtout fréquente chez les prostituées, qu'elle ait une évolution torpide, ou qu'elle présente des poussées aiguës.

Et c'est surtout dans ce dernier cas qu'on voit l'influence des *excitations sexuelles* et de la congestion due à la *période menstruelle*, mais nous croyons que ces deux facteurs agissent spécialement pour déterminer les poussées inflammatoires sans constituer pour autant une cause fréquente de bartholinite aiguë ainsi que l'indiquait HUGUIER.

Un autre facteur indiqué par ce dernier auteur serait *l'époque de l'année* : Huguier croyait à la fréquence plus grande au printemps et à la fin de l'été. Les dates d'entrée et de sortie que nous avons relevées sur le registre de

Saint-Lazare n'indiquent pas de prédominance marquée pour une saison en particulier.

Une autre cause et qui ne serait pas des moins importantes est le *défaut de soins hygiéniques*, la malpropreté en un mot, et là déjà nous touchons à la cause réelle, le gonocoque qui d'une part trouve alors des tissus irrités prêts à l'héberger, et d'autre part n'a pas à lutter contre des soins de propreté.

D'ailleurs HUGUIER, sans connaître l'agent pathogène de la blennorrhagie, avait déjà rattaché la bartholinite à sa vraie cause : « cette affection, dit-il, accompagne le plus souvent la blennorrhagie vulvaire ou lui succède... »

Nous avons si souvent observé cette maladie avec la blennorrhagie ou à la suite de coïts suspects, que nous sommes obligés d'admettre que, dans un bon nombre de cas, elle a été la conséquence de cette dernière, ou a été contractée en même temps qu'elle dans un coït infectant. »

CHAPITRE III

BACTÉRIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Par la seule étude étiologique on arrive donc presque à se persuader d'une façon décisive de l'origine gonococcique de la très grande majorité des bartholinites.

Il est cependant intéressant de consulter les résultats fournis par la bactériologie. Il ne faudrait pas malgré tout y attacher une importance démesurée : on sait en effet combien peut-être difficile la recherche du gonocoque et à ce point de vue le moment auquel est effectué l'examen ne laisse pas que d'avoir une très grande importance ; de plus, le diplocoque peut se cantonner dans l'épithélium des canaux ou dans les culs-de-sac glandulaires et ne reparaitre qu'à certains intervalles. On peut rappeler à ce sujet ce qui se passe pour l'urèthre infecté par la blennorrhagie d'une façon chronique : on sait qu'il est souvent nécessaire de pratiquer des instillations caustiques (nitrate d'argent, sublimé) pour faire réapparaître le gonocoque dans l'écoulement purulent.

En 1879 NEISSER établit l'existence du microbe qui porte son nom dans la bartholinite, fait nié en 1882 par LEISTIKOW. Depuis, les auteurs se sont divisés sur la fré-

quence du gonocoque dans les abcès des glandes vulvo-vaginales, mais sont néanmoins presque unanimes, à admettre sa présence possible dans un certain nombre de cas.

Voici quelques chiffres statistiques que nous avons pu réunir :

	Cas observés	Présence du gonocoque.
	—	—
HALLÉ	18	10 fois
WELANDER	12	12
KESTLE	15	3
LEGRAIN	1	0
HORAND	146	2
DUJON	14	9
STEINSCHNEIDER	37	1
GERHEIM	2	1
M. SÉE.	2	2
LEBLANC	7	1
HASSE	100	88
	—	—
	354	129

On croit donc d'après le relevé précédent que dans 36 0/0 des observations où il a été recherché, le gonocoque a été retrouvé, et ce total serait beaucoup plus élevé si on éliminait toutes les observations de bartholinites chroniques qui entrent dans cette statistique.

Si maintenant nous examinons les autres parasites trouvés, seuls ou associés entre eux ou avec le gonocoque, dans les bartholinites, nous citerons :

Le staphylocoque doré (*Legrain, Dujon, Leblanc*).

Le staphylocoque blanc (*Leblanc, Legrain, Hallé*).

Le bactérium coli (*Dujon*).

Des bâtonnets indéterminés (1) (*Gerheim*).

Le streptocoque (*Dujon*).

Le bacille anaérobie de Morax (2) (*Dujon*).

Le diplococcus subflavus (*Legrain*).

Le micrococcus lacteus faviformis (3) (*Leblanc*).

Le bacillus caducus, nebulosus, fundibuliformis (*Hallé, Legrain*).

Le coccus de Veillon (*Hallé*).

Plusieurs auteurs ont trouvé le gonocoque à l'état de pureté, non associé à d'autres microbes: ce sont *Finjer, Leblanc, Hallé, Kæstle, Legrain*; cette constatation a sa valeur car elle élimine l'idée du gonocoque simple saprophyte du canal de BARTHOLIN: on sait que certains auteurs ont décélé ce microbe dans l'urèthre ou le vagin en dehors de toute blennorrhagie actuelle ou ancienne: Celà n'est pas en ce qui concerne le canal excréteur de la glande vulvo-vaginale. En effet dans le liquide normal de sécrétion de cette glande, filant et transparent comme le cristal, WELANDER n'a jamais trouvé le diplocoque de *Neisser*.

Il y a donc des bartholinites causées par le seul gonocoque, c'est un fait établi. Nous devons maintenant nous

1. Paraissant être le bactérium coli d'après les quelques caractères indiqués.

2. *Dujon* attribue à ce bacille la fétidité extrême du pus dans le cas particulier (Obs. IV de la thèse de *Dujon*). *Hallé* a décrit aussi des bartholinites fétides.

3. Saprophyte fréquent du mucus vaginal.

demander si l'infection blennorrhagique est toujours en jeu.

Théoriquement, on peut admettre que d'autres microbes pyogènes peuvent déterminer des abcès de la glande de BARTHOLIN : certains observateurs ont parlé en effet de bartholinites puerpérales. Pratiquement, nous croyons que la blennorrhagie doit toujours être incriminée et nous allons en exposer les raisons.

De même que dans l'urèthre, le gonocoque peut se trouver associé à d'autres parasites pyogènes ou saprophytes, de même nous avons dénoncé les microbes divers que pouvait renfermer le pus des abcès vulvo-vaginaux concurremment avec le microbe de la blennorrhagie. Ces associations facilitent singulièrement l'explication des faits dans lesquels ce dernier n'a pu être décelé.

En effet certains microbes disparaissent rapidement par le seul fait de leur association dans les cultures avec d'autres parasites : ou encore, sans disparaître ils perdent toute virulence. C'est ainsi que BABÈS ET PROCA (1) ont constaté l'innocuité des injections de bacille de Koch développés dans les cultures en même temps que le pyocyanique ; le pneumocoque disparaît rapidement associé à des bactéries sécrétant des produits acidifiant le milieu de culture.

En ce qui concerne le gonocoque, STEINSCHNEIDER ET SCHÖFFER ont montré en 1895 au congrès de Gratz l'antagonisme entre ce microbe et le pyocyanique et également entre lui et un bacille indéterminé de l'urèthre,

1. V. Babès et G. Proca : *Acad. des Sciences*, 6 janvier 1896.

associés dans les cultures ; SCHMIDT aurait observé l'antagonisme du gonocoque et du streptocoque mais son observation toute clinique est démentie par la bactériologie (M. SÉE). Dans deux cas de DUJON ayant trait à l'association du gonocoque et du staphylocoque doré ou blanc, l'auteur n'a vu pousser sur ses cultures que le microbe associé alors que dans tous les autres cas, au nombre de sept, dans lequel le gonocoque existait seul à l'examen direct, les cultures furent toutes positives. Enfin dans une observation de GERHEIM, une première prise de pus montre le diplocoque de la blennorrhagie : quelque temps après un second examen pratiqué ne montra que le staphylocoque doré. De ces derniers faits il semble résulter un certain antagonisme entre le gonocoque et le staphylocoque.

En face de ces cas on s'explique certaines classifications pathogéniques quelque peu contradictoires des bartholinites et dont voici les principales :

1° Il y a des bartholinites pyogènes simples et des bartholinites blennorrhagiques proprement dites.

2° Il y a des bartholinites gonococciques, pyogènes et enfin des bartholinites primitivement gonococciques devenant secondairement staphylococciques (classif. de HERBST, admise par LEBLANC).

3° Bartholinites à gonocoques ; bartholinites pyogènes ; bartholinites mixtes ; bartholinites tuberculeuses (1).

1. Ces dernières décrites par Thiry (*Pres. médic. belge*, 1886 et *Archiv. de toxicologie*, 1886 p. 54).

4° Infection mixte, mais le gonocoque étant toujours présent (LAUGER et GERHEIM).

5° La totalité des bartholinites, à de très rares exceptions près, relèvent de l'infection blennorrhagique.

Nous nous rallions pour notre compte à cette dernière façon de voir, si l'on élimine les kystes simples de la glande vulvo-vaginale secondairement infectée ; dans les neuf dixièmes des faits, affirme BONNET la bartholinite est une complication de la vulvite blennorrhagique aiguë ou chronique.

L'inflammation banale de la vulve peut-elle donner naissance à la bartholinite ? SCHREDER regarde ce fait comme exceptionnel ; DUJON est de cet avis et pour lui, dans le cas où l'abcès n'a pas été ouvert, on trouve toujours le gonocoque et lui seul ; si ce dernier a été incisé le gonocoque peut être associé de même dans les cas de bartholinites récidivées. On ne peut donc plus s'en tenir à l'affirmation tempérée de LEBLANC pour lequel la bartholinite est une affection microbienne pouvant se développer en dehors de toute blennorrhagie, sans microbe spécifique, bien que l'auteur fasse une restriction et admette que le gonocoque prépare souvent le terrain aux autres parasites.

A l'heure actuelle le mot de bartholinite doit avoir pour le médecin la même signification que celui d'urétrite lequel, en l'absence de tout commentaire, est pour l'esprit, synonyme d'infection blennorrhagique.

Si nous étudions maintenant le mode de répartition du gonocoque à l'intérieur de la glande vulvo-vaginale elle-même, nous voyons (TOUTON) qu'elle est absolument topo-

graphiée sur celle des lésions histologiques : en effet, le diplocoque isolé ou contenu dans d'assez rares phagocytes, exceptionnellement dans les cellules épithéliales, ne se rencontre que dans les canaux excréteurs et principalement dans les plus volumineux, jamais pour ainsi dire dans les lobules glandulaires proprement dits.

Les recherches histologiques de TOUTON montrent bien nettement, ce nous semble, que la voie canaliculaire ascendante est le seul mode d'infection qui doive être incriminé, vérifiant ainsi ce que la clinique a depuis longtemps indiqué comme origine de l'abcès des glandes vulvo-vaginales.

CHAPITRE IV

Anatomie Pathologique.

Il y a deux choses à considérer en ce qui concerne l'anatomie pathologique des bartholinites et qu'à notre sens les auteurs les plus récents n'ont pas assez envisagées : il y a en effet l'abcès de la glande vulvo-vaginale proprement dit et la transformation kystique possible de ce même abcès : contrairement à l'avis de BONNET les kystes ne précèdent pas l'abcès mais en sont la conséquence. Naturellement nous ne parlons pas des kystes dermoïdes ou séreux simples de la région, ne siégeant pas à proprement parler dans la glande de Bartholin et qui là comme partout ailleurs peuvent voir leur contenu devenir purulent sous l'influence d'infections secondaires.

1^o ABCÈS

Au point de vue de ses caractères macroscopiques l'abcès est ici ce qu'il est partout ailleurs et sa description anatomique ne peut qu'être banale : il est représenté dans quelques cas par une ou plusieurs cavités de volume variable, tapissées d'un tissu de granulations recouvert

de détritüs blanchâtres : c'est la membrane pyogénique.

Le liquide contenu dans ces cavités est un pus blanc-jaunâtre, parfois roussâtre, renfermant ou non quelques traînées sanguinolentes.

Ce pus est souvent d'odeur fade sans caractères : HUGUIER dit expressément que ce liquide « n'a jamais l'odeur fétide et repoussante des abcès et fistules des environs de l'anüs » ; cette affirmation est beaucoup trop catégorique. Sans doute la fétidité du pus des bartholinites n'est pas la règle mais n'est pas non plus exceptionnelle : DE SINEY l'avait parfois observé. Dans un cas de DUJON, sur onze observations, cette fétidité existait ; enfin dans 9 observations (sur un total de 18) de HALLÉ il en était de même.

Nous-même dans notre relevé fait à l'infirmerie de Saint-Lazare et que l'on trouvera à la fin de ce travail le pus fut trouvé 2 fois fétide sur 123 cas observés : dans les autres cas cette particularité n'a du moins pas été notée.

Cette fétidité du pus est très vraisemblablement l'œuvre de microbes anaérobies d'infections secondaires : c'est l'avis de DUJON et celui de HALLÉ basé sur des examens bactériologiques très démonstratifs. Parmi les anaérobies que l'on a rencontré dans cette circonstance citons le bacille anaérobie de Morax (DUJON), le bacillus nébulosus, le bacillus caducus, le coccus de Veillon, le bacillus fundibuliformis, ces derniers constatés dans les examens de HALLÉ.

Pour M. VERCHÈRE (1) dans les bartholinites survenant au moment des règles, le pus est presque toujours fé-tide.

Nous avons dit que l'on pouvait trouver des collections purulentes d'un certain volume développées dans la glande de BARTHOLIN : le fait n'est cependant pas des plus fréquents. Ce que l'on observe le plus souvent c'est une glande farcie de petits abcès miliaires tranchant par leur forme arrondie, leur couleur jaunâtre sur les parties avoisinantes : ces petits abcès répondent en majorité aux orifices des canaux excréteurs et l'histologie pathologique des bartholinites nous donnera bientôt l'explication de cet aspect spécial de la suppuration, analogue à ce que l'on voit souvent au niveau du pancréas et de la parotide (suppuration d'aspect angiomateux).

Qu'observe-t-on en effet sur les coupes histologiques colorées par les réactifs usuels utilisés en anatomie microscopique ? Nous résumerons ce qui suit d'après les résultats concordants de LEBLANC et de TOUTON.

Les canaux excréteurs ont conservé leur épithélium, mais ce dernier n'est cependant pas indemne des lésions inflammatoires : il a proliféré en certains points vers la lumière du canal, exceptionnellement (LEBLANC), et le fait peut être mis en doute, s'enfonçant vers le derme sous-jacent. Dans certains cas, la lumière du conduit est presque oblitérée par les cellules épithéliales proliférées après LEBLANC ; DUJON a noté des faits analogues.

Le tissu conjonctif sous-épithélial renferme de nombreux vaisseaux capillaires dilatés, chargés de sang et prenant

parfois par leur réunion, un aspect pseudo-angiomateux, (TOUTON). On voit également des lacunes lymphatiques remplies de globules blancs.

Notons que les vaisseaux de quelque importance, artérielles ou veinules ne présentent pas de lésions endo ou péri-vasculaires, fait facile à comprendre, étant donné qu'il s'agit d'une infection à point de départ canaliculaire et non d'origine sanguine.

Le tissu conjonctif renferme des traces indubitables de lésions inflammatoires ; outre les traînées embryonnaires répondant aux lacunes lymphoïques, on voit de nombreuses cellules rondes disséminées d'une façon diffuse, pénétrant en quelques points dans les couches profondes de l'épithélium des canaux ou encore occupant les papilles de cet épithélium ; dans la profondeur, ces cellules lymphoïdes forment de petits abcès miliaires arrondis ou ovalaires : dans quelques cas, les hasards de la section du rasoir servant l'observateur, on voit un de ces petits abcès juxta-caliculaire, soulever l'épithélium du conduit excréteur et même faire effraction à travers lui pour se vider dans sa lumière : la thèse de LEBLANC renferme une figure où ce mécanisme est représenté d'une façon tout à fait démonstrative.

Sur d'autres coupes on voit la section des canaux entièrement remplie de cellules rondes, l'épithélium ayant ou non disparu.

Si nous examinons maintenant les lésions des acini glandulaires nous voyons qu'elles sont très atténuées : autour d'eux il existe bien de l'œdème du tissu conjonctif, une infiltration embryonnaire modérée et diffuse. De ra-

res acini sont envahis par les cellules lymphoïdes, d'autres renferment simplement à leur centre des globules de pus, d'autres enfin ne montrent que des lésions de voisinage très atténuées, consistant dans une hypertrophie acineuse due soit au gonflement des cellules glandulaires, soit à une prolifération de ces cellules : comme nous l'avons dit, il n'existe aucune membrane d'enveloppe des acinis les empêchant de s'accroître.

Les cellules elles-mêmes sont (*Dujon*) claires et vitreuses, atteintes parfois de nécrose fibrineuse ou d'un début de nécrose coagulation.

Si maintenant nous synthétisons l'étude de l'infection vulvo-vaginale nous ne pouvons pas ne pas dénoncer l'analogie existant entre la suppuration des glandes de Bartholin et de celle des glandes en grappe en général : les abcès du pancréas et surtout de la parotide se présentent le plus souvent en effet sous la forme angiomateuse canaliculaire diffuse, fait qui montre la fréquence des récidives et qui permet de prévoir dès maintenant que l'extirpation constitue le seul moyen de mettre à l'abri de ces dernières. L'agent pathogène, le gonocoque, ajoute encore son action néfaste car les canaux de la glande vulvo-vaginale ne livrent passage qu'à un liquide muqueux ne possédant pas les propriétés bactéricides de la salive ou digestives du suc pancréatique.

2° TRANSFORMATION KYSTIQUE.

Qu'une cause de nature quelconque vienne à s'opposer à la libre excrétion du liquide purulent ou muco-purulent

renfermé dans la glande, ce dernier s'accumulera dans les canaux et les lobules et la transformation kystique sera opérée. Cette pathogénie s'applique du reste à tous les kystes par rétention, séreux ou muqueux simples ou purulents, qu'ils constituent comme les premiers une affection autonome de la glande, ou qu'ils forment comme les seconds une complication de la bartholinite suppurée.

On voit alors que l'oblitération porte soit à l'embouchure du canal excréteur principal, soit sur un point quelconque de ce canal, soit enfin sur un canal de second ordre.

Dans le premier cas on pourra incriminer une végétation inflammatoire, une cicatrice, dans le second une végétation ou une sténose concentrique par sclérose d'origine inflammatoire, dans le dernier cas enfin l'obturation du conduit par des masses de cellules épithéliales proliférées ou desquamées.

Au-dessus de l'obstacle les canaux sont dilatés et leur épithélium a disparu par chute mécanique ou par voie de nécrose ; les seules cavités kystiques renferment un liquide très purulent, parfois chocolat, le fait pouvant être dû à la présence d'hémorragies anciennes intra-kystiques ; les cellules des lobules glandulaires dilatés eux-mêmes sont affaissées et finissent par disparaître par nécrose. Autour du kyste est un tissu fibreux de sclérose qui est le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse. Il n'existe pas d'épithélium, continu du moins, revêtant la cavité kystique.

Cette transformation est très rare : nous n'avons dans notre relevé que deux cas dans lesquels cette particularité ait été notée sur les 123 malades que comporte cette statistique.

CHAPITRE V

Symptomatologie

La bartholinite se manifeste soit par une évolution aiguë, soit par évolution chronique qui le plus souvent est traversée par des phases de poussées aiguës.

Les choses ainsi présentées semblent simples et cette division paraît claire. Mais en clinique cette netteté est loin d'être constante et parfois rien n'est plus difficile que de différencier une bartholinite aiguë d'une poussée au cours d'une inflammation chronique de la glande.

Il ne faut pas croire d'ailleurs que cette distinction n'ait aucune importance, car elle présente quelque intérêt au point de vue pathologique pur, et on peut en tirer un élément utile pour le pronostic.

Aussi nous sommes-nous attachés à établir la physiologie propre de chacun de ces deux processus et avons-nous pris comme type de la bartholinite aiguë des cas où l'infection blennorrhagique était récente et où l'on ne pouvait suspecter une infection ancienne. Comme bartholinite chronique, nous avons choisi celles où l'infection de la glande avait été notée un an ou deux ans auparavant et

où malgré les périodes inflammatoires, l'ancienneté de l'affection n'était pas douteuse.

Nous avons d'ailleurs trouvé à ce sujet de nombreux et précieux documents dans le service de M. VERCHÈRE.

Le début de la FORME AIGUE se manifeste par un peu de prurit sur la face interne de la vulve, bientôt la pression sur la petite lèvre devient douloureuse, la femme éprouve une pesanteur à ce niveau, elle souffre au moment du coït et elle ne tarde pas à venir consulter.

On voit alors la petite lèvre rouge, un peu tuméfiée, l'orifice du conduit de la glande est légèrement violacé. Celle-ci saisie entre deux doigts est douloureuse, parfois très douloureuse et la pression peut déjà faire sourdre du conduit la gouttelette de pus caractéristique.

L'affection abandonnée à elle-même progresse, les douleurs deviennent très vives, lancinantes, la malade marche légèrement courbée en avant, les jambes un peu écartées ; couchée elle fléchit un peu la cuisse sur l'abdomen, si elle veut s'asseoir, elle s'assied sur le bord des sièges de façon à reposer seulement sur ses ischions.

A ce moment on voit une tuméfaction obturant l'orifice du vagin, de la grosseur d'un œuf de pigeon, allongée de haut en bas, occupant la moitié inférieure de la vulve et soulevant la petite lèvre ; la muqueuse est très rouge, l'orifice du conduit entouré par un cercle un peu violacé ; la pression très douloureuse fait sourdre du pus à moins que l'orifice canaliculaire ne soit obstrué.

La fluctuation est le plus souvent nette ; parfois on observe de la résistance.

Exceptionnellement l'examen des ganglions de l'aîne

les montre augmentés de volume et douloureux. Si on examine les organes génito-urinaires, il n'est point rare dans cette forme de voir par la pression une goutte sourdre de l'orifice de l'urèthre, il y a de la vaginite, parfois de la métrite, en un mot la femme est souvent atteinte de blennorrhagie aiguë des organes génitaux.

Aussi les phénomènes généraux peuvent être accusés et l'infection se traduit par de l'inappétence un état gastrique, de la fièvre avec oscillation.

A cette période l'abcès proémine, le pus s'élimine rarement par le canal qui est obstrué, le plus souvent une perte de substance se produit au niveau de la petite lèvre tout près du canal, un peu plus bas en général, le pus s'évacue, il est épais, jaune, ou gris sale, inodore ; dans deux cas parmi ceux relevés dans notre statistique il était fétide. Pour M. VERCHÈRE (communication orale) la fétidité serait très fréquente.

Quoiqu'il en soit, ou bien l'abcès se vide entièrement, la guérison est complète, il ne reste qu'une cicatrice, ou bien la forme chronique commence.

Mais cette terminaison relativement heureuse n'est pas constante, l'inflammation peut gagner le tissu périglandulaire, le pus peut perforer les aponévroses, gagner le périnée, se développer dans la fosse ischio-rectale ; les douleurs deviennent plus profondes, irradient vers le périnée, le rectum, l'ischion, l'aîne, le pubis.

L'abcès peut alors s'ouvrir au périnée, ou dans le rectum, parfois il se vide entièrement et la guérison peut être complète, le plus souvent des fistules lui succèdent et nous les étudierons dans le chapitre suivant.

Plusieurs auteurs et entre autres STEINSCHNEIDER ont signalé une BARTHOLINITE CANALICULAIRE, c'est-à-dire limitée au conduit même, sans extension du côté de la glande. Nous n'avons pas observé de cas semblables et nous citons l'opinion de M. VERCHÈRE à ce sujet :

« A l'état aigu nous n'avons eu l'occasion d'en observer aucun exemple, à moins que l'on n'appelle ainsi la propagation d'une vulvite aiguë à la cavité du conduit de Bartholin y amenant la présence du pus mais sans déterminer aucun symptôme d'acuité. C'est une suppuration analogue à celle que l'on rencontre dans les follicules vulvaires et présentant la même marche chronique ».

Quoiqu'il en soit la bartholinite aiguë se termine donc ou bien par élimination du pus et guérison ou bien elle affecte une marche chronique.

La BARTHOLINITE CHRONIQUE est loin d'ailleurs d'avoir ce seul mode de début, c'est même là l'exception. Le plus souvent elle est chronique d'emblée et débute d'une façon insidieuse et torpide. Mais quand commence-t-elle ? et même que doit-on faire rentrer dans ce cadre ?

Une malade se présente ayant eu une vulvo-vaginite, c'est à peine si elle a un léger écoulement, cependant par frottis on trouve quelques rares gonocoques sur la muqueuse vaginale. On examine des glandes de Bartholin, elles sont grosses comme une noisette, comme une amande, non douloureuses à la pression. Mais qu'un traumatisme intervienne, qu'une recrudescence de la blennorrhagie se fasse sans toutefois qu'il y ait infection nouvelle, que même les règles surviennent, que des excitations sexuelles augmentent l'activité fonctionnelle des glandes

et l'on voit celles-ci devenir douloureuses à la pression, se tuméfier légèrement, et laisser échapper de leur canal une goutte de pus, puis ces phénomènes s'atténuent.

Les-cas de ce genre sont fréquents et ne présentent même pas toujours cette netteté. Aussi est-il parfois difficile de saisir la limite exacte de l'affection, il y a là une question d'appréciation, de sens clinique et surtout de ténacité dans les examens.

C'est bien là en effet avant tout une question de recherches et de recherches attentives ; le plus souvent les malades ignorent leur affection et c'est au médecin de la soupçonner et de la dépister, car elle est un danger permanent d'infection et elle serait parfois l'origine de contamination par une femme dont l'urèthre et la muqueuse vulvo-vaginale sont saines, par une femme indemne de gonocoques, exception faite pour les glandes de Bartholin. En effet les microbes cantonnés dans les culs-de-sac de celles-ci restent là à l'état latent, mais au moment du coït, la glande peut expulser avec sa sécrétion quelques agents pathogènes dont l'existence n'était pas soupçonnée.

En dehors de ces cas difficiles à découvrir et où l'on observe un minimum de signes, il existe des bartholinites chroniques dont la symptomatologie est plus positive.

La glande est augmentée de volume, dure ou rénitente, rarement fluctuante, un peu sensible à la pression. Elle est mobile, il n'y a pas d'empâtement périphérique, le plus souvent les deux côtés sont pris, mais inégalement.

La glande peut être normale et le canal seul peut être

envahi et alors malgré l'apparence saine de la glande on observe néanmoins les signes suivants : C'est une bartholinite canaliculaire dont nous avons d'ailleurs parlé plus haut.

La muqueuse vulvaire ou bien semble saine ou bien est un peu enflammée, fréquemment elle présente des végétations ; ce ne sont là d'ailleurs que des signes témoignant de l'irritation chronique de la muqueuse.

Il n'en est plus de même des signes suivants qui sont pathognomoniques.

Autour de l'orifice du canal on voit une zone circulaire, rouge, violacée, tenace et persistante, c'est la *macule gonorrhéique* de SANGER. Parfois une ulcération se forme à cette place et c'est alors un véritable point faible de la muqueuse vis-à-vis des infections qui peuvent survenir, aussi voit-on les chancres indurés, les chancres mous se greffer facilement en ce point (VERCHÈRE).

Sur cette ulcération peuvent naître des végétations et le cas se présente avec assez de constance pour que l'on aille devoir d'examiner attentivement les glandes de Bartholin chaque fois qu'un papillome est implanté au niveau de l'orifice canaliculaire.

Au milieu de la macule ou de l'ulcération on voit sourdre une goutte d'un liquide séreux, ou jaune verdâtre, ou latescent, lorsqu'on presse sur la glande. Souvent enfin on observe une fistule vaginale qui par son orifice profond s'abouche soit sur la glande, soit sur le canal et alors reproduit avec celui-ci la disposition d'un Y.

On peut voir également des fistules au périnée ou au

rectum et un stylet permet de suivre leur trajet ; ce sont là d'ailleurs le plus souvent des traces de poussées aiguës anciennes.

En effet cette forme torpide se réchauffe fréquemment et peut présenter l'aspect d'une bartholinite aiguë, aussi doit-on, en présence d'un abcès de ces glandes toujours penser à la possibilité d'une infection ancienne qui subit une phase inflammatoire.

L'importance de cette distinction est justifiée par l'évolution des deux affections.

L'une, la *bartholinite aiguë*, survient chez une blennorrhagique récente, elle est d'emblée douloureuse, suppure en huit jours et si un traitement approprié intervient à ce moment soit pour ouvrir une large voie au pus, soit pour agrandir un trajet trop étroit, puis pour extirper la glande, la guérison survient ; si l'on n'intervient pas, elle est encore possible, mais cette forme peut tourner à la chronicité.

L'autre la *forme chronique* est insidieuse dans son début, insidieuse dans sa marche, elle est méconnue de la malade ou bien ne se révèle à elle que par une petite congestion au moment des règles ou par ses poussées aiguës qui d'ailleurs ne présentent pas toujours l'acuité des bartholinites aiguës. A ces poussées succèdent des fistules et l'affection, redevenue torpide, accompagnée de sa macule gonorrhéique ou de végétations de l'orifice, persiste indéfiniment, avec la menace toujours imminente d'un retour offensif et bien rares sont les cas où l'on peut affirmer une guérison complète survenue spontanément.

CHAPITRE VI

Complications et reliquats.

Nous venons de voir que les bartholinites, surtout les formes chroniques, guérissent rarement sans intervention, mais quelle que soit leur évolution elles laissent des stigmates qui seront suivant le cas, soit la trace d'une bartholinite guérie, soit l'indice que la glande est encore malade et que l'attention doit se porter sur elle.

Ainsi la glande qui suppure et s'ouvre largement dans le vagin laisse une cicatrice indélébile, cicatrice en coup d'ongle, déprimée, dirigée parallèlement à la petite lèvre ; elle est surtout le fait des formes aiguës.

La forme chronique même guérie en tant que bartholinite peut laisser après elle des végétations sur l'orifice du canal ou des fistules.

Ces végétations, dont nous avons déjà parlé comme signes d'une inflammation de la glande peuvent persister en effet même après la guérison de celle-ci ; elles ont alors une tendance à régresser et ne récidivent pas après l'ablation ; mais leur existence n'en est pas moins un stigmate non négligeable.

Au point de vue de *l'anatomie pathologique*, ces végé-

tations sont constituées par un épithélium pavimenteux stratifié peu élevé, sans papilles bien nombreuses : les cellules de ce revêtement épithélial se colorent mal, leur protoplasma est granuleux et à limites peu nettes : le fait tient peut-être à ce que les végétations ayant subi pendant l'ablation l'action de la congélation (chlorure d'éthyle) éprouvent une modification quant aux affinités colorantes des tissus : la chose a du reste été signalée par les techniciens. Au-dessous de l'épithélium est un tissu embryonnaire peu vascularisé, formé de cellules rondes régulièrement disposées.

Les fistules ont une autre importance et elles présentent un intérêt assez grand pour que nous croyons devoir rappeler ici en quelques lignes l'historique de ce point particulier.

Signalées par MARESCHAL en 1873 elles ont été l'objet de descriptions spéciales en 1880 de la part de DE AMICIS (De Naples), de CHEVALERIAS et de TERRILLON ; FAUVEL (1886) dans une thèse très documentée revient sur ce sujet et y insiste particulièrement. Les traités généraux et en particulier celui de MM. QUÉNU et HARTMANN en font mention.

Enfin une description très détaillée a été donnée de ces fistules par M. VERCHÈRE et nous croyons ne pouvoir mieux faire que de reproduire sa description (1).

« La fistule peut provenir de la glande elle-même ou du conduit excréteur. Dans nombre de cas de bartholinite limitée au canal excréteur, la poussée aiguë peut se limi-

i, Verchère. *La blennorrhagie chez la femme*. T. I, p. 152 et seq.

ter en ce point. Un abcès se forme au niveau du conduit seul et la fistule qui en résulte prend pour point de départ la cavité canaliculaire ; le canal revêt alors la forme d'un Y dont la branche unique se continue avec la glande elle-même, tandis que des deux branches, l'une est l'orifice normal du canal l'autre est l'orifice fistuleux anormal. A l'union de ces deux branches, se trouve une cavité plus ou moins bien délimitée, ampullaire.

.
.

Lorsqu'il y a une fistule glandulaire on rencontre son orifice tantôt et le plus souvent, au voisinage de l'orifice naturel, tantôt à quelques millimètres au-dessus de ce dernier, dans le sillon qui sépare l'hymen ou les caroncules myrtiformes de la petite lèvre correspondante, à 1 ou 2 centimètres des caroncules et à un travers de doigt de la commissure postérieure du vagin. Il est plus rare de le trouver dans le pli nympho-labial (Observation de Mareschal, thèse 1873), exceptionnellement, il siège sur la grande lèvre.

L'orifice est d'ordinaire dans ces cas, taillé à l'emporte-pièce et le trajet très court. Il se révèle par la présence de la gouttelette purulente ; parfois il surmonte une véritable poche de pus, nullement douloureuse, et souvent méconnue, dont on peut faire jaillir le liquide par la pression.

J'en ai eu sous les yeux pouvant contenir un verre à liqueur de pus sans que les malades en ressentissent le plus léger trouble.

La fistule peut être complète et dans ce cas présente

les modifications les plus variables, en rapport avec le nombre des trajets, avec les cavités naturelles dans lesquelles s'ouvrent le ou les orifices.

Les fistules complètes vulvaires peuvent s'ouvrir sur les deux faces de la petite lèvre et déterminer une véritable perforation du repli. Il peut même arriver que cette perforation s'épidermise, se cicatrise, et il reste une fistule au niveau de l'orifice normal de la glande et une perte de substance cicatrisée de la petite lèvre.

L'ouverture peut siéger au niveau du périnée, au niveau de la fourchette ; la fistule peut être recto-vulvaire, ou recto-vulvo-périnéale ; enfin vulvo-vaginale.

Dans les cas de fistules recto-vulvaires, l'orifice rectal siège soit immédiatement au-dessus du sphincter, soit à 4 centimètres au-dessus de l'orifice anal ; il se révèle à l'examen direct par une légère saillie de la muqueuse, rouge vif, flottant quelquefois, plus ou moins développée et au sommet de laquelle se montre une petite gouttelle purulente. Généralement ces fistules sont de très fin calibre, et il est rare qu'elles donnent passage aux matières fécales. Les gaz seuls, si le trajet n'est pas trop sinueux, s'il ne présente pas de coudures brusques, peuvent se faire jour au niveau de la vulve. C'est cet inconvénient qui incommode le plus les malades et les amène à réclamer les secours de la chirurgie.

Les fistules recto-vulvo-périnéales ne présentent aucune particularité à signaler et ont des variétés de siège et de trajet, presque aussi nombreuses que les sujets qui les portent. On y remarque d'ordinaire plusieurs orifices.

Enfin la fistule vulvo-vaginale paraît la plus rare de

toutes les terminaisons de la bartholinite. FAUVEL n'en a jamais rencontré d'observation et considère comme cause de cette rareté l'épaisseur de la paroi du canal vaginal et peut-être aussi de ce côté la suppuration est-elle arrêtée par l'expansion qu'envoie l'aponévrose moyenne du péri-née à l'orifice vulvaire.

J'ai eu l'occasion de rencontrer un exemple de cette terminaison rare. L'orifice de la fistule s'ouvrait sur la partie latérale du vagin, à un centimètre à peu près en arrière des débris de l'hymen. A son niveau, existait une petite ulcération à bords irréguliers, et l'écoulement du pus jaune verdâtre était intermittent. Il était nécessaire pour le provoquer de presser au niveau du trajet qui paraissait dilaté et formait une petite poche où le pus s'accumulait avant de se faire jour par l'orifice vaginal.

Le trajet fistuleux varie suivant les cas ; il peut être long, sinueux, parfois au contraire très court ; c'est ainsi que dans une fistule vulvo-rectale que j'ai eu sous les yeux, les deux muqueuses rectale et vaginale, semblaient se continuer l'une avec l'autre sans, pour ainsi dire, de trajet, intermédiaire ».

Au point de vue de leur *anatomie pathologique* les trajets fistuleux n'offrent rien de bien spécial à la glande vulvo-vaginale et présentent la structure des fistules recto-perinéales simples. La section du trajet suivant le diamètre transversal montre une irrégularité de ses contours qui apparaissent plus ou moins plissés, d'aspect papillaire : au microscope on constate l'existence d'un revêtement épithélial continu : cet épithélium offre tous les caractères des épithéliums pavimenteux stratifiés reposant

sur un derme muni ça et là de papilles. Les cellules épidermiques profondes sont prismatiques, à noyau bien coloré; celles qui forment les assises moyennes sont polyédriques d'apparence parfois vésiculaires, à noyau assez net; enfin les cellules superficielles sont aplaties à noyau peu colorable. Cependant il n'y a pas à proprement parler de couche cornée bien qu'en certains points il soit très difficile de voir des noyaux dans les assises superficielles des cellules: nul doute cependant qu'une couche cornée ne puisse exister parfois dans quelques points des vieilles fistules, mais le hasard des coupes ne nous en a pas montré.

Dans les assises moyennes des cellules épithéliales on voit parfois en quelques points de fins vaisseaux appartenant à des sections transversales d'extrémités de papilles rencontrées par le rasoir du microtome.

Le derme sous-jacent à l'épithélium de la fistule est formé de tissu conjonctif adulte à noyaux rares et allongés: il est le siège de lésions inflammatoires subaiguës. En effet on voit quelques capillaires dilatés, de rares vaisseaux à tuniques propres sans lésions, des lacunes lymphatiques dilatées, vides ou bourrées de cellules rondes: la plupart de ces lacunes forment des traînées dirigées de la profondeur du derme vers l'épithélium. On note de rares papilles siège d'infiltration embryonnaire; en des points limités quelques cellules embryonnaires s'infiltrèrent dans les assises épithéliales profondes.

A une certaine distance de l'épithélium sont des amas de cellules rondes d'une forme ovale plus ou moins régulière: au centre de ces petits nodules sont en géné-

ral une ou deux sections de lacunes lymphatiques béantes.

D'où vient l'épithélium de revêtement du trajet fistuleux : sans aucun doute il provient de l'épithélium cutané qui remonte de proche en proche dans le conduit : quant au temps que met la fistule à se tapisser d'épithélium nous ne pouvons le chiffrer faute de données expérimentales. Ce fait n'a du reste qu'un intérêt spéculatif et son étude est du ressort de la pathologie cellulaire générale.

Un autre reliquat ou plutôt une complication des bartholinites est la formation d'un kyste ; VELPEAU, BONNET nient la possibilité de cet accident. Pour BONNET le kyste serait primitif et serait susceptible de devenir purulent mais jamais une bartholinite ne deviendrait un kyste.

Nous nous rallions en partie à cette opinion, mais nous croyons que le kyste peut succéder à une bartholinite. En effet BONNET admet « qu'une inflammation secondaire à la blennorrhagie limitée souvent au conduit excréteur qu'elle rétrécit ou oblitère ne fait que gêner mécaniquement l'excrétion et un kyste se développe ». — Or cette oblitération ne peut-elle pas être due à une bartholinite canaliculaire ou même à une bartholinite de la glande ? Evidemment oui, et alors, que la bartholinite guérisse et nous serons dans les conditions indiquées par BONNET : la glande sera saine, le conduit obstrué. Nous avons d'ailleurs relevé dans notre statistique deux cas où l'inflammation de la glande avait été suivie d'un kyste.

Enfin ne doit-on pas regarder comme des complications les greffes chancrelleuses ou chancreuses qui viennent se faire sur la macule gonorrhéique ou sur l'ulcération qui lui succède ?

CHAPITRE VII.

Pronostic

Les symptômes et l'évolution des bartholinites n'en font pas une affection grave, si du moins l'on ne considère que l'existence de la maladie. Mais les conséquences de l'inflammation, sa ténacité sont des éléments de pronostic importants.

La bartholinite aiguë, après une durée de quinze jours à deux mois cède à un traitement bien dirigé.

Si aucune thérapeutique n'intervient on devra toujours craindre le passage à la forme chronique.

Celle-ci présente un pronostic singulièrement plus grave, tant en raison de la fréquence des poussées aiguës qu'en raison de la durée indéfinie de l'affection.

L'ulcération au niveau de l'orifice du canal est, nous l'avons vu, un point faible de la muqueuse où des infections secondaires peuvent se produire.

Les fistules sont l'accident le plus tenace et le plus rebelle des inflammations de la glande.

On ne doit pas oublier que la bartholinite chronique est un danger permanent d'infection pour la femme et pour l'homme lors du coït. Sa fréquence chez les prostituées, son indolence, son évolution torpide expliquent la grande

importance de son rôle dans la contagion de la blennorrhagie.

Enfin lors d'un accouchement la présence de cette affection peut être l'occasion d'infection grave pour la mère et même pour l'enfant (ophtalmie purulente).

CHAPITRE VIII

Diagnostic.

Le diagnostic des bartholinites est facile. Il repose sur les signes suivants : glande augmentée de volume, fluctuante ou dure, douloureuse ou simplement sensible à la pression et laissant échapper lorsqu'on la comprime une goutte de pus par son canal. On n'oubliera pas que, dans la très grande majorité des cas, la bartholinite évolue sans réaction ganglionnaire.

On distinguera facilement en général l'inflammation aiguë de l'inflammation chronique, quoique des poussées au cours de cette dernière puissent donner le change. Mais dans leurs grandes lignes, chacune des deux formes constitue un ensemble schématique assez caractérisé.

LA BARTHOLINITE AIGUE survient après une infection récente, souvent chez une femme déflorée depuis peu, chez une jeune mariée ; l'acuité de ses signes, la suppuration rapide, l'ouverture de l'abcès par une perte de substance de la paroi vulvaire lui sont particulières.

LA BARTHOLINITE CHRONIQUE beaucoup plus fréquente que la première, presque toujours bilatérale, se voit chez un très grand nombre de prostituées. La macule gonorrhéi-

que, les végétations à l'orifice du canal, les fistules font penser à son existence même à défaut de signes bien caractérisés du côté de la glande elle-même. En cas de poussées aiguës, on tiendra compte de la connaissance des signes précédents, de la lenteur de la suppuration. On n'oubliera pas que l'inflammation chronique est ordinairement double, et si la poussée semble unilatérale on devra néanmoins examiner l'autre glande.

Pour ce qui est des *bartholinites non gonococciques* notamment puerpérales, nous serions portés sinon à les nier mais du moins à les considérer comme tout-à-fait exceptionnelles malgré l'avis de certains auteurs notamment de DUJON : nous n'en connaissons pas d'exemple absolument à l'abri de toute critique : dans tous les cas l'affection diffère des bartholinites blennorrhagiques parce que l'unilatéralité est la règle et que l'affection suit de près des phénomènes d'infection puerpérale consécutive soit à un avortement soit à un accouchement ordinaire.

On a décrit un certain nombre de faits de tuméfaction des grandes lèvres survenant au cours de l'*infection ourlienne* et on a eu une tendance à en faire une inflammation des glandes vulvo-vaginales assimilable à celle des glandes salivaires dont la structure, d'une façon grossière du moins, est analogue. Nous croyons que cette assimilation constitue une vue de l'esprit : en effet il n'existe pas d'examen histologique de ces faits à l'heure actuelle et nous serions plutôt portés à voir dans ceux-ci un simple œdème du tissu péri-glandulaire : on sait du reste depuis les examens de VIRCHOW que dans les oreillons, les glan-

des salivaires elles-mêmes sont peu altérées et que les lésions portent principalement sur le tissu conjonctif interlobulaire, périglandulaire et péricanaliculaire consistant en une infiltration d'aspect colloïde.

Nous avons observé en ville un cas d'oreillons au cours desquels chez une fillette de 12 ans on vit survenir une tuméfaction marquée de la grande lèvre gauche, avec légère coloration subinflammatoire de la peau : une ponction exploratrice permit de retirer quelques gouttes de sérosité qui furentensemencées sur gélose et sur bouillon, en vue de recherches du microbe signalé par M. CATRIN (1) : ces cultures remises à M. CASTAIGNE restèrent stériles.

Quoiqu'il en soit, en ce qui concerne la tuméfaction ourlienne des grandes lèvres celle-ci se distinguera par ce fait qu'elle porte sur l'ensemble de la grande lèvre dont elle exagère le relief dans toutes ses parties comme le ferait l'œdème consécutif à une pustule d'acné, à un anasarque. Ce fait seul suffit à lever les doutes.

Le diagnostic de la bartholinite avec le *thrombus de la vulve* ne nous arrêtera pas longtemps : nous éliminerons tout d'abord l'épanchement sanguin se faisant dans l'épaisseur de la paroi vaginale pour nous en tenir au cas où le thrombus est très limité au voisinage de l'orifice vulvaire. L'épanchement sanguin est alors collecté en haut au niveau des petites lèvres ; si la tumeur est volumineuse elle peut gagner en haut le mont de Vénus et acquérir l'aspect d'une tumeur annulaire circonscrivant

1. Catrin : Les oreillons et leurs complications. *Gaz des hôp.* 28 juin 1895. n° 71 p. 742.

l'orifice vaginal inférieur. Dans ce cas le diagnostic est assez facile car le thrombus s'arrête au niveau des petites lèvres. On pourrait hésiter davantage dans le cas où la tumeur de petit volume et profonde ne se révèle guère que par la douleur et la présence d'une saillie latérale comprise dans un espace limité d'une part par les petites lèvres, de l'autre par une ligne située à un ou deux centimètres au-dessus des caroncules hyménéales.

En général la façon brusque dont le thrombus se développe après l'accouchement sous l'influence soit du traumatisme provoqué par le passage de la tête du fœtus, soit encore par l'emploi du forceps, ou par un autre traumatisme, mettra indubitablement sur la voie du diagnostic.

De plus la tumeur est tendue, rénitente et douloureuse, ne donnant pas la sensation vraie de la fluctuation (1).

Dujon rapporte dans sa thèse l'observation d'un *abcès simple* de la grande lèvre simulant une bartholinite : on trouvait au niveau de la région une tuméfaction dure et douloureuse qui se ramollit rapidement et s'abcéda. Cette tuméfaction ne dépasse pas la petite lèvre : l'abcédation peut être l'origine d'un trajet fistuleux. Il y a adénopathie douloureuse.

On a pu observer le *furoncle simple* de la grande lèvre qui s'accompagne alors d'un œdème collatéral d'origine inflammatoire souvent assez accusé : on voit alors une petite tumeur du volume d'une noisette, de coloration rougeâtre, présentant à son centre une petite ulcération

1. V. Laborie, *Acad. de Médec.* 6 nov. 1860.

irrégulière et anfractueuse au niveau de laquelle sont quelques poils : la petite tumeur se déplace avec la peau et l'examen attentif de la région inguinale correspondante montrera un ou deux ganglions hypertrophiés et douloureux.

L'épithélioma pavimenteux de la vulve est d'un début insidieux : il occupe le plus souvent la grande lèvre sous forme d'une plaque hypertrophique saillante à base indurée, rarement lisse et unie, plus souvent bourgeonnante ou papillaire, avec ulcération anfractueuse et sanieuse. Les ganglions inguinaux sont rapidement envahis. Enfin l'affection est rare et frappe surtout des femmes de 40 à 60 ans ayant subi la ménopause : cette étiologie diffère totalement nous le voyons de celle de la bartholinite.

Les *kystes dermoïdes* des grandes lèvres sont très rares, de même que les *kystes sébacés* d'un certain volume : leur mobilité relative bien plus que leur aspect suffit à montrer que la lésion ne siège pas dans la glande vulvo-vaginale.

Le *fibrome* dermoïde ou aponévrotique, celui du ligament rond, forme une tumeur d'évolution progressive mais très lente : son volume peut même atteindre des dimensions considérables.

La tumeur forme une saillie arrondie polypiforme, parfois pédiculée, parfois profonde, mobile le plus souvent avec la peau, très dure ou de consistance myxomateuse, sans retentissement sur l'état général ou sur le système ganglionnaire. Le *lipome* peut atteindre des proportions également volumineuses : sa consistance spéciale et égale suffit à le faire reconnaître.

On observe parfois à la suite d'accidents secondaires syphilitiques de la vulve, un œdème dur, rénitent, de consistance égale, persistant indéfiniment, occupant le plus souvent la grande lèvre d'un seul côté, dessinant sa forme : cette affection qu'on peut appeler *sclérème* de la grande lèvre, est facile à distinguer.

L'hydrocèle du canal de Nuck et le *kyste sacculaire* d'origine herniaire occupent primitivement la moitié supérieure de la grande lèvre et ce n'est que secondairement qu'il peut s'étendre à sa partie inférieure. Si l'on joint à cela l'origine souvent congénitale, l'accroissement lent, la consistance molle et fluctuante, l'irréductibilité, on arrivera rapidement à différencier ces productions des bartholinites même kystiques, sans avoir besoin de recourir à la ponction exploratrice qui montrera un liquide clair et limpide, très rarement hématique.

L'ulcération de l'orifice du canal de Bartholin, possible dans la bartholinite, ne sera pas confondu avec un *chancre* mou ou induré : ce fait a pu être discuté : A. GUÉRIN dit expressément : « Quand l'abcès s'ouvre largement près des caroncules myrtiformes, il arrive assez souvent que la cicatrice est disposée en cupule de manière à faire croire qu'elle est la trace d'une ulcération chancreuse ». Plus récemment M. FOURNIER (1) : « Lorsque l'abcès s'est ouvert spontanément, il laisse quelquefois une véritable ulcération à bords taillés à pic et décollés mesurant l'étendue d'une pièce de deux francs ; cette ulcération venant d'une destruction gangréneuse simule à s'y mépren-

1. Th. Mareschal. *Communication orale*.

dre un chancre simple. Dans trois cas l'analogie était telle que pour en avoir le cœur net, j'ai fait l'inoculation, laquelle n'a pas réussi ».

D'une part on tiendra compte de ce que dans la bartholinite la glande est un peu grosse, laisse voir par la pression une goutte de pus caractéristique au centre de l'ulcération; d'autre part on consultera les ganglions témoins fidèles du chancre.

Un point plus important et dans certains cas difficile, n'étaient les anamnésiques, est la présence d'une *fistule* vulvo-périnéale ou vulvo-rectale, on devra dans ce cas penser à la possibilité d'une bartholinite chronique et alors, non content de traiter la fistule, on remontera à sa cause.

CHAPITRE IX

Traitement.

Le traitement des bartholinites a été fort bien exposé par les auteurs modernes et en particulier par FAUVEL, par M. VERCHÈRE, par DUJON et par FOSTIER. Nous ne ferons que résumer l'opinion de ces auteurs, n'ayant rien de particulier à y ajouter.

Au début de la *bartholinite aiguë*, on doit recouvrir la région de compresses humides et chaudes ; lorsque la suppuration est manifeste, il faut inciser, soit directement sur la glande, soit en dehors sur la face externe de la grande lèvre. Lorsque la période inflammatoire est sur son déclin, on extirpe la glande, en la laissant on s'exposerait à des récidives et à la production de fistules.

La *bartholinite chronique* ne nécessite le même traitement que lorsqu'elle subit des recrudescences. Mais la ligne de conduite est moins nette lorsqu'elle reste torpide et ne se manifeste que par une légère tuméfaction de la glande et une goutte de pus à la pression. En règle générale, on peut alors avant toute autre tentative essayer des injections modificatrices faites soit directement dans le parenchyme glandulaire, à travers la paroi

vulvaire, soit dans le canal. Si l'amélioration ne se manifeste pas on peut recourir à l'extirpation.

Lors d'une grossesse on ne doit pas hésiter à faire cette extirpation, vu les dangers d'infection au moment de l'accouchement.

Si l'on est en présence de *fistules*, on doit d'abord s'attaquer à la suppuration glandulaire (injections modificatrices ou extirpation) puis on peut essayer de guérir les trajets par les injections ; le plus souvent il faudra les extirper, l'opération variera suivant la variété de fistules dont les dispositions sont multiples comme nous l'avons vu.

Les *végétations* seront enlevées à la curette, mais étant données les récurrences fréquentes tant que leur cause persiste, il faudra, là encore, s'attaquer à la lésion initiale.

CHAPITRE X

Observations et statistique.

OBSERVATION I

Bartholinite gauche à évolution torpide avec macule gonorrhéique
Bartholinite droite chronique avec suppuration.

L..., (M.) 28 ans entrée à Saint-Lazare le 15 mai 1900.

En 1897 cette malade a présenté de l'albuminurie dont la cause échappe et pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital Bichat.

Elle est restée mal portante ; est accouchée le 8 décembre 1899 à 7 mois 1/2 présentant toujours de l'albumine dans les urines. A la suite elle a eu des accidents d'infection puerpérale.

Depuis ce moment la malade a souffert des annexes ; elle perd tantôt en blanc, tantôt en rouge.

Actuellement elle n'a plus d'albumine.

A l'examen on trouve une salpingite double et un fibrome de la lèvre antérieure du col.

L'urèthre pressé d'avant en arrière laisse sourdre une goutte de pus.

Les glandes de Bartholin sont perceptibles, non douloureuses. A gauche il existe une macule gonorrhéique mais pas de

pus à l'expression. A droite la pression même légère amène une gouttelette de pus ; pas de macule à ce niveau.

Dans le pus précédent on trouve des gonocoques rares mais très nets par un ou deux couples, situés à l'intérieur de quelques globules de pus (1).

OBSERVATION II

Bartholinite gauche chronique avec poussées aiguës, fistules et végétations. Absès au niveau de l'anus. Végétations à l'orifice du canal de Bartholin.

Tr... (H.), 19 ans. Entrée à Saint-Lazare le 23 septembre 1898, sortie le 21 novembre 1898.

La malade a eu depuis un an plusieurs poussées aiguës de bartholinite gauche.

Le 23 juin 1898. — Elle a présenté dans un premier séjour à Saint-Lazare une tuméfaction de la glande gauche ; à ce niveau une fistule s'abouche dans le vagin ; végétation à l'orifice du canal qui laisse sourdre à la pression une goutte de pus ; on y trouve d'assez nombreux gonocoques.

Les végétations sont enlevées et la malade sort le 16 juillet 1898.

23 septembre 1898. — Immédiatement après les dernières règles la bartholinite gauche s'est ouverte seule et a laissé une ulcération très profonde, non guérie actuellement.

Au voisinage de l'anus est survenu un second absès qui

1. Dans les recherches de gonocoque que nous avons faites, nous avons toujours eu soin de nettoyer la paroi vulvaire avant d'exprimer la goutte sur laquelle devaient porter nos recherches.

s'est vidé également : à ce niveau il y a une ulcération déprimée, à bords très élevés offrant l'aspect d'une gomme ulcérée.

Végétations vulvaires à gauche : l'une d'elles siège à l'orifice du canal de Bartholin et deux sur l'ulcération vulvaire elle-même.

OBSERVATION III

Bartholinite gauche chronique aux poussées aiguës. Bartholinite droite chronique à évolution torpide avec végétations.

Wo.. (M.), 17 ans. Entrée à l'infirmerie de Saint-Lazare le 8 août 1899.

La malade est entrée pour une uréthrite, des syphilides de la vulve, une bartholinite gauche et des végétations vulvaires et périnéales. Pas de végétation à l'orifice des canaux de Bartholin. La glande gauche grosse comme une noix est douloureuse à la pression qui amène une goutte de pus.

La date du début de cette bartholinite est ignorée.

Du mois d'août au mois de mai 1900 une amélioration manifeste a lieu malgré plusieurs poussées aiguës. Les végétations enlevées n'ont pas récidivé.

En mai 1900. — Les glandes de Bartholin ont toutes deux le volume d'une noisette ; elles sont indolores à la pression mais au moment des règles grossissent légèrement et deviennent douloureuses. A droite deux petites végétations à l'orifice du canal ; à gauche macule gonorrhéique.

On extirpe les végétations à la curette : celles-ci à la sortie de la malade (6 juin 1900) n'ont pas reparu.

OBSERVATION IV

Bartholinite à évolution aiguë-unilatérale. Fistules consécutives.

D... C. 18 ans entrée le 6 août 1899 à Saint-Lazare.

La malade a fait un premier séjour à Saint-Lazare en août 1898.

Elle était entrée pour un chancre syphilitique et on constata qu'elle avait une vulvo-vaginite et une urétrite blennorrhagique. Les glandes de Bartholin étaient saines.

Elle sort le 20 avril 1899 et rentre le 6 août 1899 pour vulvo-vaginite, urétrite et métrite.

On constate une ulcération sur l'orifice du canal de Bartholin gauche, mais la glande semble saine.

En janvier 1900. — Après les règles, une poussée inflammatoire se fait sur la glande gauche, celle-ci est tuméfiée, douloureuse et spontanément elle s'ouvre à la vulve.

En mai 1900. — La glande est restée douloureuse et communique avec l'extérieur par trois fistules, une vulvaire, une périnéale, une anale.

La glande droite semble saine.

L'excision du foyer glandulaire et des trajets fistuleux est faite le 10 mai.

Le 25 mai. — La réunion des tissus est complète.

OBSERVATION V

Bartholinite droite chronique. Ulcération récidivante de l'orifice, prise d'abord pour un chancre. Chancre induré du périnée.

La... (M.) 18 ans. Entrée le 3 janvier 1900 à l'infirmerie de Saint-Lazare, sortie le 28 avril 1900.

La malade entre pour une ulcération vulvaire qui fut prise pour un chancre et pour laquelle on lui ordonna des pilules.

L'ulcération siège à droite au niveau de l'orifice de la glande vulvo-vaginale ; celle-ci indolore laisse sourdre une goutte de pus à l'expression, au centre de l'ulcération ; la glande est un peu grosse. On trouve le gonocoque dans le pus.

Dans l'histoire de la malade on ne trouve pas trace de poussées aiguës.

12 février. — Il y a quelques jours la malade a vu apparaître une ulcération à gauche au niveau du périnée, arrondie, indurée ressemblant à un chancre syphilitique. L'ulcération vulvaire est guérie.

20 mars. — L'ulcération du périnée s'est étendue ; elle a la largeur d'une pièce de cinq francs, une coloration rose rougeâtre, sans sécrétion ; elle est indurée. C'est bien un chancre spécifique.

L'ulcération vulvaire a reparu : la glande droite est toujours un peu grosse, non douloureuse.

OBSERVATION VI

Blennorrhagie ancienne. Deux ulcérations à l'orifice des canaux de Bartholin.

M..., 19 ans, entrée le 8 juin 1900 à Saint-Lazare.

En octobre 1896. — On a déjà noté de la salpingite, de la vaginite et des végétations.

En février 1898. — Métro-vaginite.

17 janvier 1895. — La malade s'est appliqué plusieurs fois du nitrate d'argent sur des ulcérations de la grande lèvre

gauche, à la suite cette partie s'est épaissie et présente un gonflement considérable à sensation élastique, indolore, simulant à première vue une grosse bartholinite.

Septembre 1899. — Blennorrhagie des glandes péri-urétrales.

11 juin. — Deux ulcérations à l'orifice des conduits de Bartholin : les glandes ont le volume d'une noisette, sont indolores, sans goutte à la pression.

A la suite de fatigues, il y a en ce point des douleurs légères : rien de spécial pendant la période menstruelle.

Dans le mucus très peu abondant de l'orifice des glandes on ne constate pas de gonocoques.

OBSERVATION VII

Bartholinite double, suppurée à droite. Chancres mous au niveau de l'orifice des deux conduits. Ouverture de l'abcès devenu chancrelleuse.

Sa..., 16 ans, entrée à Saint-Lazare le 29 mai 1899.

29 mai 1899. — Depuis quelques semaines les grandes lèvres sont un peu tuméfiées et douloureuses à la pression.

Au niveau des orifices des glandes on voit deux ulcérations symétriques, très creuses, à bords saillants, sécrétant un pus abondant ; bubon bilatéral. Ces lésions dateraient de huit jours.

La petite lèvre droite est soulevée par une collection douloureuse, rénitente développée aux dépens de la glande vulvo-vaginale. A gauche la glande est un peu grosse, peu douloureuse. La pression à droite fait sourdre une goutte

de pus de l'orifice du canal, au milieu de l'ulcération vulvaire.

10 juin 1899. — L'abcès s'est ouvert plus bas que le chancre, sur un plan antérieur par une perte de substance longue de deux centimètres, un peu déchiquetée.

15 juin 1899. — L'ouverture de l'abcès est devenue chancreuse.

17 juillet 1899. — Les chancres sont guéris mais la glande gauche est toujours un peu douloureuse, à droite on voit la cicatrice de l'ouverture de l'abcès.

La malade sort le 5 octobre 1899 ; la glande gauche n'est plus perceptible.

OBSÉRVATION VIII

Abcès de la glande de Bartholin gauche : à droite bartholinite ignorée et végétation à l'orifice du canal. Fistule.

Ch... E..., 17 ans, entrée à Saint-Lazare le 21 mai 1900.

La malade perd en blanc depuis 8 mois : elle est entrée à l'hôpital Broca il y a 6 mois pour une bartholinite gauche qui s'est ouverte spontanément ; depuis elle n'a plus souffert.

Actuellement on voit une cicatrice déprimée, allongée de haut en bas, en coup d'ongle, située à gauche.

A droite il y a une végétation sessile à l'orifice du canal ; plusieurs autres végétations siègent sur la vulve au niveau de la grande lèvre.

A gauche on ne sent pas la glande vulvo-vaginale mais il y a un peu d'empâtement à sa place. A droite la glande est grosse comme une noisette, on ne voit pas de goutte sourdre

par la pression. La malade n'a jamais souffert de ce côté et le croît sain.

25 mai 1900. — Ablation des végétations à la curette.

6 juin. — Les végétations ne récidivent pas mais à la place de celle située antérieurement à l'orifice du conduit de Bartholin droit, on voit une ulcération arrondie au milieu de laquelle un stylet trouve le canal. En comprimant la glande on voit sourdre une goutte purulente non pas par le conduit mais par une fistule située au-dessous et sur un plan antérieur.

11 juin. — Dans la goutte de pus que l'on fait sortir du canal précédent on trouve de nombreux gonocoques typiques inclus dans un assez grand nombre de leucocytes polynucléaires.

OBSERVATION IX

Bartholinite double ignorée, chronique d'emblée avec minimum de signes ; végétations.

Po... F. 17 ans, entrée le 5 juin 1900 à l'infirmerie de Saint-Lazare.

La malade perd en blanc depuis l'âge de 14 ans, mais elle n'a jamais souffert : son linge n'était pas taché en jaune vert mais simplement empesé.

Elle a été déflorée en janvier 1900.

A l'examen on voit des végétations qui occupent le tiers inférieur de la vulve au niveau des petites lèvres : ces végétations sont plus grosses et plus nombreuses à droite. De chaque côté une végétation s'implante sur l'orifice du canal de la glande de Bartholin.

La muqueuse vaginale est rouge et recouverte d'un mucus jaunâtre et épais.

La pression fait sourdre de l'urèthre une goutte de pus.

La glande vulvo-vaginale droite est grosse comme une petite noix : saisie entre les deux doigts elle est douloureuse mais ne laisse pas échapper de pus. A gauche la glande a le volume d'une noisette, est beaucoup moins douloureuse, sans goutte de pus canaliculaire à la pression.

11 juin 1900. — Pas de goutte de pus par la pression au niveau du conduit de Bartholin droit car une végétation bouche l'entrée de cet orifice.

Le muco-pus vaginal blanchâtre ne montre peu de gonococque évident : sa recherche est difficile vu le nombre des saprophytes représentés par de longues spirilles peu incurvées, de gros bâtonnets et quelques cocci seuls ou en diplocoques ; presque pas de globules de pus mais très nombreuses cellules épithéliales.

OBSERVATION X

Bartholinite double à évolution torpide ; végétation à droite ; macule gonorrhéique à gauche puis végétation.

B... (Y), 17 ans, entre à Saint-Lazare, le 16 mai 1900.

La blennorrhagie semble dater de juillet 1900, époque de la défloration.

Depuis trois mois végétations sur la région vulvaire et sur la face interne des cuisses, ayant subi une augmentation progressive de volume.

A l'entrée on constate de la vaginite et de la métrite du corps.

Les glandes de Bartholin sont grosses comme une noisette, non douloureuses ; pas de goutte canaliculaire obtenue par l'expression des glandes.

L'orifice du canal vulvo-vaginal droit offre une végétation le recouvrant ; l'orifice du conduit gauche est entouré par une macule gonorrhéique.

26 mars 1900. — Ablation des végétations.

1^{er} juin. — Une végétation sessile allongée, du volume d'un pois recouvre l'orifice canaliculaire droit. Un semis de petites végétations se voit sur la face interne des petites lèvres.

Ablation des végétations.

11 juin. — Macule à droite ; deux végétations à l'orifice gauche l'une au-dessus, l'autre au-dessous.

Dans la gouttelette de pus obtenue par l'expression de la glande vulvo-vaginale, gonocoques isolés dans certaines cellules épithéliales ; gros bâtonnets intra et extra cellulaires.

OBSERVATION XI

Bartholinite double, chronique, ignorée à évolution torpide.

Ja.... (P.) 19 ans, entrée à Saint-Lazare le 2 mai 1900.

Le malade n'accuse aucun antécédent blennorrhagique.

En examinant les glandes de Bartholin on les trouve de chaque côté un peu grosses, non douloureuses à la pression.

Autour de chaque orifice canaliculaire on voit la macule gonorrhéique.

Pas de goutte à la pression.

13 mai 1900. — La malade a ses règles : les glandes sont un peu plus volumineuses et sont douloureuses à la pression.
Pas de goutte à l'expression des glandes.

OBSERVATION XII

Bartholinite double, chronique, ignorée de la malade.

Macule gonorrhéique bilatérale.

Br.... (J.) 20 ans, entre le 5 juin 1900 à l'infirmerie de Saint-Lazare, pour une uréthrite compliquée de métrite.

Elle n'a jamais souffert et ignorait qu'elle fût malade.

De chaque côté on sent la glande vulvo-vaginale grosse comme une noisette, légèrement douloureuse à la pression. Leur expression amène une goutte de pus. Macule gonorrhéique bilatérale.

Le pus est opalescent offrant les caractères du muco-pus. Il renferme quelques gonocoques dans des leucocytes polynucléaires et de nombreux saprophytes.

OBSERVATION XIII

Bartholinite aiguë gauche opérée. Bartholinite droite chronique ouverte spontanément, sans reliquat de fistule.

Ri... (J.) 19 ans. Entrée le 20 mars 1900 à Saint-Lazare.

En septembre 1897. — Bartholinite aiguë à gauche, opérée à l'hôpital Saint-Louis : on voit la cicatrice de l'incision.

Depuis la malade a eu à droite plusieurs poussées ; il y a trois mois l'abcès s'est ouvert seul et cette ouverture a laissé une cicatrice typique blanchâtre, déprimée en coup d'ongle, allongée dans le sens de la petite lèvre.

Il n'y a pas de fistule.

OBSERVATION XIV

Bartholinite double ignorée, chronique d'emblée.

Mo... (M.) 19 ans entrée à Saint-Lazare le 20 avril 1900.

La malade a eu un chancre syphilitique il y a six mois et n'accuse aucun antécédent blennorrhagique. Elle présente actuellement des plaques muqueuses sur la vulve et sur l'amygdale.

En pressant l'urèthre d'arrière en avant on constate une goutte de pus.

La glande vulvo-vaginale gauche est douloureuse à la pression, grosse comme une noix et sa compression fait sourdre une goutte de pus à l'orifice de son canal; autour de ce dernier, macule gonorrhéique.

A droite la glande est grosse comme une noisette, sensible à la pression.

20 mai 1900. — La glande gauche est devenue plus volumineuse, plus douloureuse.

On pratique l'extirpation de cette glande; les fils sont enlevés huit jours après et les lèvres de la plaie sont réunies par première intention.

OBSERVATION XV

Cedème dur et chronique de la grande lèvre, d'origine syphilitique simulant à première vue un abcès de la glande de Bartholin.

In... 19 ans, entrée le 28 mai 1900.

La malade est entrée à l'infirmerie de Saint-Lazare en décembre 1897, présentant une roséole papulo-squameuse et des plaques muqueuses buccales.

Date du chancre ignorée.

La grande lèvre gauche est depuis trois semaines augmentée considérablement de volume. Actuellement elle est sur toute sa hauteur rouge, violacée, tuméfiée, épaissie et présente à sa face interne de nombreuses ulcérations confluentes à bords blanchâtres, décolorés, à fond plus rouge, et laissant exsuder un liquide jaunâtre ; à sa face externe des ulcérations sont en pleine voie de cicatrisation.

Second séjour en décembre 1898. — La grande lèvre gauche est volumineuse, ne présente pas de coloration anormale, n'est pas douloureuse à la pression. A la palpation elle est rénitente, d'une consistance égale.

Troisième séjour en mai 1900. — La malade rentre pour un ulcère syphilitique de la jambe droite. Elle présente des noyaux de périostose sur les deux tibias.

La grande lèvre gauche a la grosseur totale d'un gros œuf de pigeon, mais cette tuméfaction est allongée sur toute la longueur de la grande lèvre, avec prédominance en haut. Il n'y a pas de coloration anormale. La lèvre présente une rénitence élastique égale ; elle n'est pas douloureuse à la pression.

L'autre côté est sain.

STATISTIQUE PERSONNELLE (1)

N ^o du registre d'entrée		Age	Date de l'entrée	Barth. droite	Barth. gauche	Barth. double	Particularités
52	Be...	18	13 janv. 1889	»	»	1	Fistule des deux côtés
21	Co... M.	19	19 nov. 1889	»	»	1	Ulcération à droite
»	»	»	»	»	»	»	Fistule à gauche
70	Ab... L.	21	28 janv. 1890	»	1	»	»
65	Ma... M.	16	1 ^{re} févr. 1890	»	1	»	Fistules
79	Sw... Ch.	20	24 févr. 1890	»	1	»	Fistules
111	Tr... B.	22	16 avril 1890	»	1	»	Ulcération de l'orifice du canal
155	Vo... A.	18	4 juillet 1890	»	1	»	»
177	De... L.	23	29 juillet 1890	1	»	»	»
90	Ri... A.	19	17 janv. 1891	»	»	1	»
56	Aj... M.	17	27 févr. 1891	1	»	»	»
35	Ro... B.	18	3 juin 1891	»	»	1	»
334	Pi... L.	18	8 août 1891	»	»	1	»
4	La...	19	6 janv. 1892	1	»	»	»
88	Be... B.	16	16 août 1892	»	»	1	»
108	Fi... A.	19	27 sept. 1892	»	1	»	»
121	Ma... S.	19	2 nov. 1892	»	1	»	»
157	Ra... E.	19	1 ^{re} févr. 1893	»	1	»	Fistules
283	»	»	29 sept. 1893	»	1	»	»
176	Fo... M.	19	24 févr. 1893	»	1	»	»
202	Go... M.	18	10 mars 1893	»	1	»	»
182	Me... V.	19	21 mars 1893	»	1	»	»
198	Me... E.	17	11 mai 1893	»	1	»	»
»	Ga... M.	»	24 mai 1893	»	»	1	»
266	Pr... A.	16 1/2	4 sept. 1893	»	»	1	»
430	Qu... M.	24	30 sept. 1893	»	1	»	»
»	»	»	28 janv. 1894	»	1	»	»
292	Sch... M.	17	2 oct. 1893	»	1	»	»
404	»	»	8 mars 1894	»	»	1	»
304	De... J.	19	4 oct. 1893	»	»	1	Végétations des deux côtés de l'orifice

1. Relevée dans le service de M. Verchère à l'infirmerie de Saint-Lazare. Nous n'avons pas fait figurer dans cette statistique les cas que nous publions dans nos observations.

N ^o du registre d'entrée		Age	Date de l'entrée	droite Barth.	gauche Barth.	double Barth.	Particularités
314	Be... M.	18	24 oct. 1893	»	1	»	»
297	Pa... Cl.	14 1/2	3 oct. 1893	»	1	»	»
315	Ra... E.	19	30 oct. 1893	»	1	»	»
325	Ro... J.	18	11 nov. 1893	»	1	»	»
381	Po... M.	20	13 févr. 1893	»	1	»	»
408	Jo... G.	21	11 avril 1894	»	1	»	»
450	Fr... C.	18	29 avril 1894	1	»	»	»
444	Le... M.	18	30 avril 1894	»	»	1	»
47	Ja... Th.	20	7 juillet 1894	1	»	»	Fistules.
448	No... J.	17	2 août 1894	»	»	1	»
640	»	18	9 février 1895	»	»	1	»
513	Be... L.	16	18 août 1894	»	»	1	»
518	Gr... G.	19	20 août 1894	»	1	»	»
532	Br... M.	20 1/2	8 oct. 1894	»	1	»	»
587	Su... D.	24	12 déc. 1894	»	1	»	Végétation à l'ori- fice du canal gauche.
588	Ta... L.	19	17 déc. 1894	»	»	1	Végétations à l'ori- fice des deux ca- naux.
635	Br... M.	25	6 févr. 1895	»	»	1	»
675	Do... Bl.	19	4 mars 1895	»	»	1	»
668	Ro... A.	24	6 mars 1895	»	»	1	»
787	Gu... Fr.	22	3 avril 1895	1	»	»	»
732	Er... O.	22	3 avril 1895	»	1	»	»
651	Ge... A.	17	1 mai 1895	»	»	1	»
756	Ch... L.	16 1/2	6 mai 1895	1	»	»	»
645	Ch... A.	24	15 mai 1895	»	»	1	Barth. gauche kystique.
758	Ch... G.	18	22 mai 1895	»	»	1	»
648	Wu... S.	22	17 juin 1895	»	1	»	Végétation im- plantée sur la muqueuse du ca- nal.
762	Co... M.	18	25 juin 1895	»	1	»	»
807	Gr... Cl.	18 1/2	1 août 1895	»	1	»	»
796	Da... G.	16 1/2	6 août 1895	1	»	»	»
810	Hu... A.	16	6 août 1895	»	1	»	»
793	Ce... A.	19	26 août 1895	»	»	1	»
973	Fr... L.	19	6 mai 1896	»	1	»	»
970	Ch... Ch.	16	13 juin 1896	»	»	1	»
953	Co... L.	16	17 juin 1896	»	1	»	»
916	De... M.	22	22 juillet 1896	»	»	1	»
962	Ri... M.	26	29 juillet 1896	1	»	»	»
927	Co... H.	»	29 juillet 1896	1	»	»	»
1007	De... J.	17 1/2	14 août 1897	»	»	1	»
1063	Pr... C.	22	19 août 1896	1	»	»	»
1130	De... E.	21	29 mars 1897	»	1	»	»

N ^{os} du registre d'entrée		Age	Date de l'entrée	Barth. droite	Barth. gauche	Barth. double	Particularités
1302	Go... L.	19	21 avril 1897	1	»	»	»
1088	Ta... L.	49	5 mai 1897	»	1	»	»
1143	Bl... E.	23	29 mai 1897	1	»	»	»
»	Ne... E.	20	28 juillet 1897	1	»	»	»
»	Do... M.	17	11 août 1897	»	1	»	»
»	»	18	9 mars 1897	»	»	»	Les glandes sem- blent saines, mais végétation à l'o- rifice du canal gauche.
»	Al... M.	17	18 août 1897	1	»	»	»
»	Du... S.	21	27 sept. 1897	»	»	1	»
»	»	»	5 février 1898	1	»	»	»
1200	Gr... M.	22	28 sept. 1897	»	1	»	»
1216	Ga... I.	22	6 oct. 1897	1	»	»	»
1229	Lef... A.	20	20 oct. 1897	»	»	1	»
»	Ga... M.	22	10 nov. 1897	»	1	»	»
1306	»	23	10 sept. 1898	»	»	1	»
1338	Le... J.	21	24 nov. 1898	»	1	»	»
1233	Tr... E.	16	8 déc. 1897	»	1	»	»
1249	Ca... M.	20	29 déc. 1897	1	»	»	»
1264	Ev... E.	19	9 févr. 1898	1	»	»	Bartholinite kystique
1246	Gr... E.	19	16 févr. 1898	»	1	»	»
»	So... M.	18	16 févr. 1898	1	»	»	Fistule
1282	Nég...	27	30 mars 1898	1	»	»	»
1294	Li... I.	19	12 avril 1898	»	»	»	Végétations à l'ori- fice des deux côtés.
1301	Pr... G.	19	18 avril 1898	»	»	1	»
1288	Ba... L.	18	27 avril 1898	»	1	»	Végétations à l'ori- fice du canal.
1415	Sa... F.	28	4 mai 1898	1	»	»	»
»	»	»	31 août 1898	1	»	»	Fistule
»	»	»	14 déc. 1898	»	1	»	Fistule
1326	Le...	18	11 mai 1898	1	»	»	»
1304	Ri... E.	18	16 mai 1898	»	»	»	Ulcération de l'ori- fice canaliculaire droit.
1299	Ki... M.	21	18 mai 1898	»	1	»	»
1313	Le... A.	21	8 juin 1898	»	»	1	»
1385	Tr...	19	23 juin 1898	»	1	»	Fistules. Végétations à l'orifice
1308	Le... V.	16	27 juin 1898	»	»	1	»
1392	Br... L.	19	juin 1898	»	»	1	Ulcération des ori- fices canaliculai- res.

N ^{os} du registre d'entrée		Age	Date de l'entrée	Barth. droite	Barth. gauche	Barth. double	Particularités
»	»	»	»	»	»	»	Fistules
1367	Do...	17	13 juillet 1898	1	»	»	»
»	Deh... H.	19	20 juillet 1898	»	»	1	»
»	»	20	5 mars 1899	1	»	»	»
1356	Gu... G.	19	20 juillet 1898	1	»	»	»
1370	Fr... J.	20	22 août 1898	1	»	»	»
1376	Br... M.	18	4 oct. 1898	»	1	»	»
1375	Mé... L.	16 1/2	5 oct. 1898	»	»	1	»
»	Ba... L.	19	26 oct. 1898	1	»	»	»
1539	Le... C.	18	6 déc. 1898	1	»	»	Végétations de l'o- rifice du canal.
»	»	»	6 mai 1899	»	1	»	»
»	Le... G.	18	7 déc. 1898	»	1	»	»
1475	Gi... J.	22	23 mai 1899	»	1	»	»
»	Sa...	16	29 mai 1899	»	»	1	Ulcération des deux orifices
1479	Ch... L.	20	17 juin 1899	1	»	»	»
1496	Re... L.	20	10 août 1899	»	1	»	»
»	Th... Bl.	22	13 sept. 1899	»	1	»	»
1567	Le... M.	17	6 nov. 1899	»	»	1	»
1531	Bo... E.	17	8 nov. 1899	1	»	»	Végétations à l'ori- fice canaliculaire
1558	Va... Ch.	18	22 nov. 1899	»	»	1	»
1568	La... M.	18	8 janv. 1900	1	»	»	Ulcération à l'ori- fice du canal
1561	De... B.	15	19 fév. 1900	1	»	»	»
1541	Ja... H.	22	22 fév. 1900	1	»	»	»
1581	Pl... M.	20	11 avril 1900	»	1	»	»

Années	Bartholinite droite	Bartholintte gauche	Bartholinite double
—	—	—	—
1889 . .	0	0	2
1890 . .	1	5	0
1891 . .	1	0	3
1892 . .	1	2	1
1893 . .	0	12	3
1894 . .	2	5	5
1895 . .	3	5	7
1896 . .	3	2	3
1897 . .	7	7	3
1898 . .	12	8	8
1899 . .	2	3	3
1900 . .	3	1	0
	35	50	38

CONCLUSIONS

1° L'infection blennorrhagique de la glande vulvo-vaginale est très fréquente, elle s'observe chez la plupart des femmes inoculées par le gonocoque.

2° Elle revêt assez rarement une forme aiguë, le plus souvent elle est chronique et fréquemment ignorée des malades.

3° La première forme est en général unilatérale avec peut-être prédominance à gauche, la seconde occupe le plus souvent les deux côtés.

4° Pour ne pas méconnaître cette bilatéralité on doit rechercher systématiquement l'infection de la glande alors même qu'aucun phénomène inflammatoire ne vient la révéler. Il faut accorder la plus grande importance à la présence de la macule gonorrhéique, de l'ulcération ou des végétations situées à l'orifice canaliculaire.

La goutte de pus obtenue par l'expression est caractéristique, et dans la plupart des cas on y révèle le gonocoque. Enfin les fistules de la région sont souvent un signe rétrospectif de grande valeur.

1° Même dans les formes torpides ignorées des malades le pronostic reste grave, d'une part en raison de la contagion gonococcique possible, d'autre part en raison de l'apparition toujours à craindre de poussées aiguës.

Vu par le président de la thèse,
BERGER

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Ackeren.** — Zeitschrift fur wissenschaft zoologie, p. 44, 1889.
- Alary.** — Absès des glandes vulvo-vaginales. Th. Paris, 1882.
- Armig.** — Viertel, fur dermat. und syph., 1883, p. 371.
- Aubenas.** — Des tumeurs de la vulve. Th. agrég. Strasbourg, 1860, p. 8.
- Barthez.** — J. hebdomadaire des progrès des sciences médicales, 1836, t. II, p. 2.
- Bartholin.** (G.). — Diaphragmatis structura nova. Parisiis, 1676, p. 103, et De ovariiis muliebrum. Romæ, 1677.
- Blandin.** — Gaz des hôp. 1847.
- Boerhave.** — Traité des maladies vénériennes. Trad. Delamette, Paris, 1735, p. 58.
- Bolze.** — Zur pathologie der bartholinischen drüsen. Prazer Viertel, 1849.
- Bonnet (G.).** — Kystes et absès de la glande vulvo-vaginale. Gaz. des hôp., 26 juin 1888, n° 69, p. 637.
- Boyer.** — Pathologie chirurgicale. t. X, p. 386.
- Breton.** — De la bartholinite. Th. Strasbourg, 1861.
- Chevalerias.** — De la fistule vulvo-rectale consécutive à la suppuration de la glande vulvo-vaginale. Th. Paris 1880.

- Cowper.** — Anat. génér., 1698.
- Courty.** — Mal. de l'utérus, 1872. Paris, p. 1190.
- De Amicis** (de Naples). — Cité in th. Dujon.
- Dujon (V.).** — Etude sur la glande vulvo-vaginale et ses abcès. Th. Paris, 1897.
- Duverney.** — Œuvres anat., t. II, p. 319.
- Faguet.** — Des abcès des grandes lèvres, et de la glande vulvo-vaginale. Th. Paris, 1887.
- Fauvel.** — Inflamm. chron. de la glande de Bartholin. Th. Paris, 1886.
- Felecki.** — Pester medizinische chirurgische Presse. Budapest, 1889, XXV, p. 1157.
- Fostier.** — Th. de Paris, 24 juillet 1899, n° 653.
- Gerheim.** — Cité in th. Leblanc.
- Gosselin.** — Clin. chirurg. de la Charité. Paris, 1873, t. 2, 79^e leçon, p. 463.
- Guérin (A.).** — Mal. des org. génitaux ext. de la femme, 1864.
- Hallé.** — Th. de Paris, 1898.
- Hamonic.** — Ann. de dermatol., 1883, p. 427.
- Horand.** — Archiv. für dermat., 1889, p. 2.
- Huguier.** — Mém. de la Soc. de chirurgie, 1847, t. I, p. 236, et Mém. de l'Acad. de Médec., 1850, t. 15, p. 527.
- Hunter.** — Tr. de la syphilis, 1786.
- L. Kleinwalther.** — Ein beitr. Zur pathol. anat. der barthal. druse. Zeitschr. f. geb. und gyn. XXXII, 2.
- Lababadie-Lagrange et Leguen.** — Tr. méd.-chir. de gynéc. Paris 1898, p. 581.
- Langherans.** — Virchow's Archiv. 1874, n° 61, p. 208.

- Leblanc.** — Cont. à l'ét. de la bact. et de l'anat-path. de la glande de Bartholin. Th. Paris 1894-95, 20, n° 400 p. 21 et 27.
- Legrain.** — Th. Nancy, 1888.
- Mareschal.** — Abscess de la glande vulvo-vaginale, th. Paris, 1873.
- Morgagni.** — Adversaria anatomica, n° 1.
- Neumann.** — Ueber erkrankungen der barthol. drusen. Wien. méd. Blatter, 1888, t. II, p. 612.
- Plazoni.** — De partibus generat. intervenientibus, Padoue 1631.
- Pollacesk.** — Pest. méd. chirurg. Presse, Budapest 1885.
- Pozzi (S).** 512. — Tr. de gynécologie, Paris 1897, p. 115.
- Quénu et Hartmann.** — Chir. du rectum, p. 215.
- Richet.** — Anat. méd. chirurg., Paris 1873, 14^e édit. p. 584.
- Rona.** — Pest. médiz. chirurg. Presse, Budapest, 1889.
- Sänger.** — Cité par R. Labusquière. Ann. de Gynécol. février 1899, t. 33 p. 136.
- Schmidt.** — Centralb. f. Gynæk, 1893, n° 39.
- Sée (M.).** — Le gonocoque. Th. Paris 1896, p. 70.
- Sinétu (De).** — Man. prat. de gynécologie.
- Steinschneider.** — Berl. Klin. Wochenschrift, n° 17, 1887.
- Steinschneider et Schœffer.** — Zur biologien der gonoc., Berl. Klin. Wochens., 1895 n° 45 et Wien. Med. Zeitsch., 1895.
- Terrillon.** — Assoc. franç. pour l'avancement des sciences, Reims 1880.
- Toutan.** — Die gonoc. in gewebe der bartholin. druse. Archiv. fur dermat. und syphilis, 1893, p. 181 t. 25.

Velpeau. — Gaz. médicale, 1833, p. 703.

Verheyen. — Tr. d'anat., 1726.

Verchère. — La blennorrhagie chez la femme, Paris 1894.

Collect. Charcot-Debove.

Vidal de Cassis. — Pathol. externe, 1846, t. V. p. 130.

Welander. — Vierteljahreschrift für dermat. und syphilis,
1889, p. 19.

Winslow. — Tr. d'anat., p. 579.

Zeissl. — Wien. medic. Zeitsch., 1865 n° 45, p. 265 et n° 46
p. 273.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
VANT-PROPOS.	7
CHAPITRE I. — Historique.	11
CHAPITRE II. — Etiologie	16
CHAPITRE III. — Pathogénie Bactériologique.	24
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.	31
CHAPITRE V. — Symptomatologie.	37
CHAPITRE VI. — Complications et reliquats	44
CHAPITRE VII. — Pronostic	51
CHAPITRE VIII. — Diagnostic.	53
CHAPITRE IX. — Traitement.	60
CHAPITRE X. — Observations personnelles et statistique . . .	62
CONCLUSIONS	80
BIBLIOGRAPHIE.	82

